



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIO HUMANÍSTICA

TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

**Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores
relacionados con éste fenómeno, en el Ecuador**

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTOR: Aguirre Encalada, Hans Mauricio

DIRECTOR: Montesinos Torres, Claudia, Ph.D

CENTRO UNIVERSITARIO LOJA

2017



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NY-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

Septiembre, 2017

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Ph.D

Claudia Torres Montesinos

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo titulación: “Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con éste fenómeno, en el Ecuador”, realizado por Aguirre Encalada Hans Mauricio, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, septiembre de 2017.

f).

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo Hans Mauricio Aguirre Encalada, declaro ser autor del presente trabajo de titulación:

“Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con éste fenómeno, en el Ecuador”, de la Titulación de Psicología, siendo la PhD. Claudia Torres Montesinos directora del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 88 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado o trabajos de titulación que se realicen con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”.

f.....

Autor: Hans Mauricio Aguirre Encalada

Cédula: 1104879240

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo a la memoria de mi abuela que con su infinita amabilidad, comprensión y cariño, me dio grandes enseñanzas de vida, ayudándome a realizar como persona, para así poder alcanzar este gran objetivo.

También lo dedico a mi madre quien con su comprensión, amor y paciencia. Siempre me dio ánimos y aliento, permitiéndome así superar las adversidades y poder seguir adelante.

AGRADECIMIENTO

Mi gratitud a todos los docentes que me han guiado a lo largo de estos años en el proceso de aprendizaje. También a mi madre quien siempre me ha estado apoyando en mi desarrollo académico y de vida. Finalmente quiero agradecer a todas las personas que con buena predisposición me ayudaron en el proceso del presente proyecto, ya que sin su valiosa aportación no hubiese podido elaborar el mismo.

ÍNDICE DE CONTENIDOS.

CARATULA.....	i
APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN.....	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	iii
DEDICATORÍA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
RESUMEN EJECUTIVO.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO.....	6
1.1. Conceptualización del Burnout.....	7
1.2. Desarrollo del término.....	8
1.2.1. Definición de las década de 1970.....	8
1.2.2. Definición de la década de 1980.....	8
1.2.3. Definición de la década de 1990.....	8
1.2.4. Definición de la década del 2000.....	9
1.2.5. Definición de la década del 2010 hasta la actualidad.....	9
1.3. Desarrollo y fases del Burnout.....	10
1.3.1. Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983).....	10
1.3.2. Leiter y Maslach (1988).....	10
1.3.3. Leiter (1993).....	11
1.3.4. Lee y Ashforth (1993).....	11
1.3.5. Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1995).....	12

1.4. Consecuencias del Burnout en profesionales de la salud.....	12
1.4.1. Causas del Burnout.....	12
1.4.2. Desarrollo del Burnout en profesionales.....	13
1.5. Modelos explicativos del Burnout.....	15
1.5.1. Modelos basados desde la teoría Sociocognitiva.....	15
1.5.1.1. Modelo de competencia social de Harrison.....	15
1.5.1.2. Modelo de autoeficacia de Cherniss.....	16
1.5.1.3. Modelo de Pines.....	16
1.5.1.4. Modelo de autocontrol de Thompson, Page, Cooper.....	17
1.5.2. Modelos elaborados desde la Teoría del Intercambio Social.....	18
1.5.2.1. Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli.....	18
1.5.2.2. Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Freddo.....	19
1.5.3. Modelos Desarrollados desde la Teoría organizacional.....	20
1.5.3.1. Modelo de fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter.....	20
1.5.3.2. Modelo de Winnubst.....	21
1.5.3.3. Modelo de Cox, Kuk y Leiter.....	22
1.5.4. Modelos sobre el proceso del Síndrome de Quemarse en el Trabajo.....	23
1.5.4.1. Modelo tridimensional de MBI-HSS.....	23
1.5.4.2. Modelo de Edelwich y Brodsky (1980).....	24
1.5.4.3. Modelo de Price Y Murphy (1984).....	25
1.5.5. Modelo de la Teoría Estructural Modelo de Gil Monte.....	26
1.6. Prevalencia del Burnout en profesionales de la salud.....	27
1.7. Estrategias y técnicas de intervención frente al Burnout.....	29
1.7.1. Estrategias orientadas al individuo.....	29

1.7.2. Estrategias Sociales.....	30
1.7.3. Estrategias Organizacionales.....	31
1. 8. VARIABLES ASOCIADAS DE BURNOUT.....	32
1.8.1. Variables Sociodemográficas.....	32
1.8.2. Variables Sociolaborales.....	34
1.8.3. Variables de personalidad.....	35
CAPÍTULO II: METODOLOGÍA.....	39
2.1. Objetivos.....	40
2.2. Preguntas de Investigación.....	40
2.3. Contexto.....	41
2.4. Diseño de investigación.....	41
2.5. Población y Muestra.....	42
2.6. Métodos.....	43
2.7. Procedimiento.....	43
2.8. Recursos:.....	46
2.9. Instrumentos.....	47
CAPÍTULO III: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	49
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN.....	60
CONCLUSIONES.....	69
RECOMENDACIONES.....	70
BIBLIOGRAFÍA.....	71
ANEXOS.....	80

RESUMEN EJECUTIVO

La presente investigación se desarrolló en la ciudad de Loja, en la misma se evaluó a 40 profesionales sanitarios (20 médicos y 20 enfermeros/as) pertenecientes a distintas instituciones de salud. El objetivo general fue determinar el nivel de prevalencia del Burnout en los profesionales de la salud (médicos y enfermeros/as) pertenecientes a una institución pública y privada del centro de la ciudad de Loja.

Para poder realizarla, se procedió a aplicar distintas herramientas de evaluación, tales como: el cuestionario de Variables Sociodemográficas y Laborales (Ad-Hoc), el Maslach Burnout Inventory (MBI), el cuestionario de Salud General (GHQ-28), la escala Multidimensional de estilos de afrontamiento (BRIEF-COPE), la escala de Apoyo Social (MOS), y el cuestionario de personalidad (EPQR-A). La metodología aplicada, consistió en un enfoque no experimental, descriptivo, cuantitativo, y transversal.

Los resultados señalan que el 10% de médicos de la muestra tiene la presencia del síndrome de burnout. Para corroborar la información obtenida, fue necesario el análisis de las estrategias de afrontamiento, apoyo social y la personalidad.

PALABRAS CLAVES: burnout, profesionales de la salud, prevalencia, estrategias de afrontamiento, apoyo social, personalidad, herramientas de evaluación.

ABSTRACT

The present research was carried out in the city of Loja, where 40 health professionals (20 physicians and 20 nurses) from different health institutions were evaluated. The general objective was to determine the level of prevalence of Burnout in health professionals (doctors and nurses) belonging to a public and private institution in the city center of Loja.

In order to be able to perform it, different assessment tools were applied, such as the Sociodemographic and Labor Variables questionnaire (Ad-Hoc), Maslach Burnout Inventory (MBI), General Health Questionnaire (GHQ-28) Multidimensional coping styles (BRIEF-COPE), Social Support Scale (MOS), and personality questionnaire (EPQR-A). The applied methodology consisted of a non-experimental, descriptive, quantitative, and transversal approach.

The results indicate that 10% of physicians in the sample have the presence of burnout syndrome. In order to corroborate the information obtained, it was necessary the analysis of coping strategies, social support and personality.

KEYWORDS: burnout, health professionals, prevalence, coping strategies, social support, personality, assessment tools.

INTRODUCCIÓN

En la labor diaria del profesional de la salud, como son los médicos y enfermeros/as, existen muchos elementos que actúan como estresores sobre la capacidad de afrontamiento del sujeto. Esto es debido a que los mismos enfrentan a diario situaciones de vida o muerte en la labor que realizan, estando de ésta forma expuestos a desarrollar problemas de salud, psicológicos y de conducta.

Esta situación finalmente incide en el desarrollo del denominado Síndrome de Burnout, el cuál ha sido definido como un estado de agotamiento mental, emocional y físico causado por el estrés emocional crónico resultado de la implicación excesiva con la gente durante largos periodos de tiempo (Pines, Aronson y Kafry, 1981).

Por ésta razón la Universidad Técnica Particular de Loja consiente de ésta problemática ha planteado a través de la Titulación de Psicología, el programa de graduación cuyo tema es: "Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con éste fenómeno, en el Ecuador". Así mismo vale recalcar, que de forma favorable he seleccionado esta temática, ya que en primer lugar me interesa el ámbito clínico de la Psicología, y en segundo lugar me parece fundamental brindar un aporte relevante sobre la realidad que atraviesan los profesionales sanitarios en relación a la presencia o no de burnout. Esta información podrá servir de punto de partida para la aplicación de políticas laborales que garanticen la salud psicológica de los profesionales del campo de la salud.

Por otro lado es importante resaltar que ya se han existido indicios de prevalencia de burnout, en otras investigaciones como la desarrollada por Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats y Braga (2007), los mismos indican: La prevalencia de *Burnout* en los profesionales de la salud, residentes en España fue de 14,9%, del 14,4% en Argentina, y del 7,9% en Uruguay. Los profesionales de México, Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala y El Salvador presentaron prevalencias entre 2,5% y 5,9%. (p. 215)

También está el caso del estudio realizado en Francia por Embriaco, Papazian, Kentish-Barnes, Pochard & Azoulay (2007), en donde se identifica la prevalencia del *Burnout* en médicos y enfermeras que trabajan en cuidados intensivos, señalando lo siguiente:

De 978 médicos y 2497 enfermeras que trabajaban en unidades de cuidados intensivos, el síndrome de *burnout* severo estuvo presente en aproximadamente el 50% de los médicos y en un tercio del personal de enfermería. Los determinantes de *burnout* fueron diferentes en los dos grupos. En los médicos intensivistas con un *burnout* severo, éste se relacionó con un

elevado número de horas de trabajo, mientras en el personal de enfermería los determinantes del síndrome de *burnout* estuvieron relacionados con la organización y con la jubilación. (p. 25)

Tomando en cuenta esta base de investigaciones previas, es que se llevó a cabo la elaboración de este estudio, en donde se recolectó información proveniente de una muestra de 20 médicos y 20 enfermeros/as pertenecientes a varios centros de salud de la ciudad de Loja. Para este fin fue necesario contar en primer lugar con la aprobación de los directores y gerentes de las instituciones de salud, así mismo con la predisposición de los profesionales participantes. Una vez aceptada la propuesta por parte de los directivos, se pudo aplicar los distintos instrumentos de evaluación de burnout.

Los instrumentos de evaluación empleados fueron los siguientes: el cuestionario de Variables Sociodemográficas y Laborales (Ad-Hoc), el Maslach Burnout Inventory (MBI), el cuestionario de Salud General (GHQ-28), la escala Multidimensional de estilos de afrontamiento (BRIEF-COPE), la escala de Apoyo Social (MOS), y el cuestionario de personalidad (EPQR-A).

Finalmente, después de realizar el análisis de los datos obtenidos, se pudo constatar la presencia de burnout en el 10% de la muestra de médicos. Por lo tanto, mediante esta investigación se ha logrado recolectar información de elementos psicosociales que inciden en el desarrollo del síndrome de burnout.

En otro aspecto, se describe que este proyecto está conformado por distintas partes, en primer lugar está el **Capítulo I: Marco Teórico**, aquí se tomó en cuenta distintas temáticas, como: (a) conceptualización del síndrome de burnout; (b) teorías sobre las fases y desarrollo del burnout; (c) causas y consecuencias del síndrome de burnout; (d) estudios sobre la prevalencia del burnout en profesionales de la salud; (e) estrategias y técnicas de intervención sobre el burnout; (f) variables sociodemográficas, sociolaborales y de personalidad que están relacionadas con el burnout.

El **Capítulo II: Metodología**, en dónde se describe los objetivos, las preguntas de investigación, contexto, diseño de investigación, población y muestra, métodos, procedimiento, recursos e instrumentos.

En el **Capítulo III: Presentación de Resultados**, se presenta los resultados de los instrumentos aplicados, para lo cual se empleó distintas tablas, tales como: (a) características sociodemográficas de los profesionales de la salud; (b) características laborales de los profesionales de la salud; (c) percepción del clima laboral de los

profesionales de la salud; (d) resultados de las dimensiones del burnout en los profesionales de la salud; (e) resultados de los casos de burnout en los profesionales de la salud; (f) malestar emocional de los profesionales de la salud; (g) estrategias de afrontamiento de los profesionales de la salud; (h) percepción del apoyo social de los profesionales de la salud; (i) rasgos de personalidad de los profesionales de la salud; (j) correlaciones entre despersonalización y años de experiencia.

En el **Capítulo IV: Discusión**, se describe y analiza detalladamente la información obtenida, tanto de médicos como enfermeras.

Finalmente en el **Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones**, se determina las principales conclusiones y recomendaciones obtenidas mediante la investigación.

CAPÍTULO I
MARCO TEÓRICO

1.1. Conceptualización del Burnout

El concepto es el pilar inicial sobre el conocimiento de un tema, ya que a través del mismo obtenemos las pautas básicas y elementales. Arntz y Picht (1995) afirman: “los conceptos son unidades de pensamiento que abarcan las características comunes asignadas a los objetos, y no están vinculados a determinadas lenguas, aunque reciben la influencia social y/o cultural de cada momento” (p. 36). Es así que los conceptos son elementos claves para la comprensión de fenómenos, ya que delimitan la extensión de éstos y nos permiten comprender lo que son. De modo que vale destacar que una denominación es la designación de un concepto en el lenguaje especializado, el cual está formado por al menos un término, el mismo que a su vez sirve tanto para designar objetos materiales como objetos no materiales.

En el momento de hablar sobre el desgaste profesional, desgaste psicológico o desgaste ocupacional, no siempre se hace alusión al síndrome de *quemarse por el trabajo*. Gil-Monte (2011) dice: “un profesional puede sentirse desgastado sin sufrir el síndrome de *quemarse por el trabajo*” (p.41). Por otro lado, el cansancio o agotamiento emocional es solo una parte de los síntomas del síndrome, de tal manera que no se debe identificar o delimitar el síndrome a uno de sus síntomas, pues de este modo no se da el énfasis correspondiente a otras áreas de la psique (por ejemplo, cogniciones y actitudes), con lo que se corre el riesgo de ignorar las mismas en el momento de elaborar planes de acción relacionados con el tratamiento y la prevención del síndrome.

Es así que finalmente de forma acertada Gil-Monte define el síndrome de burnout, como una respuesta psicológica al estrés laboral crónico, de carácter interpersonal y emocional, que aparece en los profesionales de las organizaciones de servicio que trabajan en contacto con los clientes o usuarios de la organización, y se caracteriza por un deterioro cognitivo que consiste en una pérdida de la ilusión del trabajo, el desencanto profesional o la baja realización personal en el trabajo, por un deterioro afectivo caracterizado por agotamiento emocional y físico y por actitudes y conductas negativas hacia los clientes y hacia la organización. Estos sentimientos están a veces acompañados de sentimientos de culpa (Gil-Monte, 2005a, 2005b, 2007, 2008; Gil-Monte, Unda & Sandoval, 2009).

1.2. Desarrollo del término

1.2.1. Definición de las década de 1970

La primera definición del síndrome de *quemarse en el trabajo*, se encuentra en inicios de los años setenta. Freudenberger (1974) indica: “fallar, agotarse, o llegar a desgastarse debido a un exceso de fuerza, demandas excesivas de energía o de recursos” (p. 45). Aquí el autor describe que esto es lo que ocurre cuando un profesional de una organización de servicios de ayuda “se quema” por alguna circunstancia, fracasando de esta manera en los intentos por alcanzar sus objetivos.

1.2.2. Definición de la década de 1980

Es a principios de los años ochenta donde comenzaron a proliferar distintas definiciones sobre el síndrome de *quemarse por el trabajo*, esto en un intento de delimitarlo conceptualmente. “El síndrome de *quemarse en el trabajo* (SQT) ha sido definido como un estado de agotamiento mental, emocional y físico causado por el estrés emocional crónico resultado de la implicación excesiva con la gente durante largos periodos de tiempo” (Pines, Aronson y Kafry, 1981). En consecuencia se identifica que en esta época todavía no había una clara diferenciación entre estrés laboral y *Burnout*.

1.2.3. Definición de la década de 1990.

Posteriormente en los años 90, se comenzó a percibir el *Burnout*, como estrés laboral. Moreno, Oliver y Aragoneses (1991) afirman: “el estrés laboral se da principalmente en aquellas profesiones que suponen una relación interpersonal intensa con los beneficios del propio trabajo” (p. 171). En esta frase el autor nos quiere dar a entender, que el *Burnout* se da particularmente en aquellas profesiones donde existe un contacto con la gente de forma constante, y además cuando el sueldo o promociones son demasiado bajos para el trabajo tan profuso.

1.2.4. Definición de la década del 2000

A partir de esta década empezó a consolidarse el *Burnout* dentro de sus particularidades. Gil-Monte y Peiró (2000) indican: “desde la perspectiva psicosocial, el síndrome de *Burnout* es un proceso en el que intervienen componentes cognitivo-aptitudinales (baja realización personal en el trabajo), emocionales (agotamiento emocional) y actitudinales (despersonalización)” (p. 171). Razón por la que de acuerdo a lo citado por el autor, se evidencia que en esta década ya comienza a comprenderse de mejor manera las áreas que se ven afectadas tras el desarrollo del síndrome.

1.2.5. Definición de la década del 2010 hasta la actualidad

Posteriormente en la década que comienza a partir del 2010, se añade nueva información. El-Sahili (2010) asevera: “el *Burnout* es un término psicológico que se caracteriza por una fatiga y disminución de interés en el trabajo” (p. 80). En este apartado se añadió la información de que también el síndrome de *Burnout* se caracteriza por una disminución demarcada en el interés hacia las labores del trabajo; esto terminara provocando que la persona cumpla solamente con lo básico de sus laborales disminuyendo así su efectividad, y cometiendo más errores.

Es así que la definición del término burnout, se ha ido retroalimentando con el pasar de los años, desde 1970 hasta el 2010. Finalmente tomando en cuenta todas estas concepciones sobre el burnout manifestadas con el pasar de los años, concluyo que el síndrome de burnout es una sensación de agotamiento emocional y físico, que se caracteriza por la pérdida de interés en el trabajo, este síndrome es ocasionado por factores de estrés influyentes en el medio laboral, como las demandas excesivas y la sobrecarga de trabajo. Provocando en consecuencia, actitudes de despersonalización y sentimientos de baja realización personal.

1.3. Desarrollo y fases del Burnout

1.3.1. Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983)

Estos autores destacan que el desarrollo del síndrome de *Burnout* se debe a una secuencia de etapas. Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983) dicen:

El desarrollo de actitudes de *despersonalización* es el síntoma inicial del desarrollo del Síndrome de *Burnout*, entendiéndolo como un mecanismo disfuncional de afrontamiento del estrés. La secuencia de las otras dos dimensiones sería experimentar *baja realización personal* en el trabajo y a más largo plazo *cansancio emocional*. (p. 57)

Por consiguiente, se puede evidenciar que la *despersonalización* al ser utilizada como estrategia de afrontamiento ante los obstáculos laborales, con el tiempo permitirá el desarrollo de sentimientos de *baja realización personal* y luego dará paso al *agotamiento emocional*.

1.3.2. Leiter y Maslach (1988)

En este caso el desarrollo del Síndrome de *Burnout* también se efectúa bajo la estructura de tres elementos principales. Leiter y Maslach (1988) indican:

Desde este planteamiento, los sentimientos de *cansancio emocional* son el elemento central del síndrome, generando *despersonalización* (intento fallido de manejar los sentimientos persistentes de *cansancio emocional* mediante el distanciamiento personal) y falta de *realización personal* en el trabajo, además de otras consecuencias (aumento del absentismo o falta de compromiso con el trabajo). (p. 58)

En definitiva ellos señalan que en consecuencia de los estímulos de estrés del trabajo, los individuos desarrollan sentimientos de *agotamiento emocional*, que luego facilitaran la aparición de actitudes de *despersonalización* enfocadas hacia los clientes o demás colegas, provocando con esto una baja realización personal, permitiendo así al desarrollo del ya citado síndrome.

1.3.3. Leiter (1993)

Este autor en un principio planteo la hipótesis de que la *despersonalización* y la *realización personal* eran elementos significativos, para la comprensión del proceso de desarrollo del Síndrome de *Burnout*, sin embargo después de un análisis más detallado concluyo que dicha relación no era tan influyente.

En este nuevo modelo se mantiene la relación hipotetizada entre *cansancio emocional* y *despersonalización*, es decir, la respuesta inicial del sujeto ante los estresores del entorno son los sentimientos de *cansancio emocional*, que según aumentan y se cronifican se desarrollan actitudes de *despersonalización* como una manera de abordarlos. (Leiter y Maslach, 1988, p. 60)

De modo que en este modelo se enfatiza la relación paralela y directa del *agotamiento emocional* y luego de la *despersonalización* como consecuencias que se suscita en base a los estresores laborales.

1.3.4. Lee y Ashforth (1993).

Igual que las anteriores teorías esta también se basa en un enfoque en donde se interrelacionan tres elementos principales, como son el *cansancio emocional*, la *baja realización personal* y la *despersonalización*. Lee y Ashforth (1993) indican: “la *despersonalización* y la *baja realización personal* en el trabajo es consecuencia directa de los sentimientos de *cansancio emocional*” (p. 61). Con respecto a este enfoque se puede denotar que el eje principal que facilita el desarrollo del *síndrome de quemarse en el trabajo*, es el elemento del *cansancio emocional*, ya que el mismo una vez manifiesto, dará paso con el tiempo al desarrollo tanto de la *despersonalización* como a los sentimientos de *baja realización personal*. Así mismo es necesario identificar que este enfoque difiere del anterior teniendo en cuenta que aquí el eje principal del desarrollo del *Burnout* es el “cansancio emocional”, mientras que en el enfoque de Leiter, es la relación paralela entre “agotamiento emocional” y “despersonalización”.

1.3.5. Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1995).

En este enfoque se añade el hecho de que tener una experiencia crónica en el trabajo, posteriormente originara el desarrollo del síndrome de *Burnout* en el individuo.

El síndrome se inicia con el desarrollo de *bajos sentimientos de realización personal* en el trabajo y paralelamente altos sentimientos de *cansancio emocional*, surgiendo las actitudes de *despersonalización* como estrategia de afrontamiento, ante la experiencia crónica de las otras dos dimensiones. (Gil-Monte, Peiró y Valcárcel, 1995, p. 62)

En consecuencia en esta visión se identifica que la *despersonalización* se manifiesta como una estrategia de afrontamiento a causa del *cansancio emocional* y los sentimientos de *baja realización personal*, esto a diferencia del enfoque anterior en donde el *Burnout* es ocasionado preferentemente por el *agotamiento emocional*.

1.4. Consecuencias del Burnout en profesionales de la salud.

1.4.1. Causas del Burnout.

Es necesario para comprender las consecuencias que trae consigo el *Burnout* al profesional del sector de salud, conocer las causas principales que conlleva a que los mismos presenten diversos síntomas. Amutio, Ayestaran y Smith (2008) indican:

En cuanto a las causas del *síndrome de quemarse en el trabajo*, los profesionales de la salud se enfrentan continuamente a estresores específicos que suponen una alta implicación emocional (ej. contacto continuo con el sufrimiento y la muerte de los enfermos), que se suman a los relacionados con la propia organización del trabajo (ej. sobrecarga de trabajo), y a factores personales. (p. 237)

De modo que los profesionales correspondientes al campo de la salud, se ven expuestos a situaciones de mucha tensión como en el caso de ver como sus pacientes fallecen, también

está el hecho de los horarios extensos de trabajo con los que tienen que cumplir, estos factores finalmente incidirán en el desarrollo del *Burnout* en el profesional de la salud.

Por otro lado está el hecho del grado de interacción con los clientes, ya que mientras mayor sea el mismo, se facilitará el desarrollo del *Burnout*. Forbes (2011) afirma: “el síndrome de *Burnout* está relacionado con actividades laborales que vinculan al trabajador y sus servicios directamente con clientes, en condiciones en las cuales el contacto con estos es parte de la naturaleza del trabajo” (p. 2). Por consiguiente el *Burnout* se presenta con mayor incidencia en aquellas profesiones en donde existe un alto grado de interacción con los clientes. Dentro de este tipo de profesiones, están: médicos, enfermeras y tutores.

Finalmente vale recalcar que los factores personales y organizacionales, también inciden en el desarrollo del *síndrome de Burnout*. Forbes (2011) asevera: “el síndrome puede presentarse normalmente cuando se dan condiciones tanto a nivel de la persona (referentes a su tolerancia al estrés y a la frustración, etc.), como organizacionales (deficiencias en la definición del puesto, ambiente laboral, otros)” (p. 2). De manera que si el sujeto no tiene aún la experiencia necesaria para afrontar las exigencias o situaciones de su labor, entonces el mismo desarrollara síntomas de estrés y frustración, que a su vez influirá en el desarrollo del *Burnout*. Por otro lado, es necesario recalcar los factores de la organización de labor como lo es un ambiente laboral inapropiado en donde no existen los recursos necesarios, esto de igual forma también será influyente en el desarrollo del *Burnout*.

1.4.2. Desarrollo del Burnout en profesionales.

En las distintas fases del desarrollo del síndrome de *quemarse en el trabajo*, se puede evidenciar las consecuencias o los efectos, a los cuales conlleva el *Burnout*. Aguirre y Quijano (2014) dicen: “la primera, el *agotamiento emocional*, comienza con una ambición excesiva, y la persona trabaja más duro, refiriéndose a fatiga, pérdida progresiva de energía y abandono de las necesidades propias” (pp. 199-200). En esta fase el individuo presenta algunos síntomas producto del inicio del desarrollo del *Burnout*, en donde se destaca el cansancio anímico que presenta el individuo, puesto que el sujeto presenta muchas

expectativas en relación al trabajo, tratándose posiblemente de un empleado joven que inicia sus labores profesionales.

Posteriormente en la segunda fase del desarrollo está presente la llamada, *despersonalización* que comienza a presentar el individuo, en donde se caracteriza principalmente por un trato frío y distante hacia los clientes o incluso con los compañeros de trabajo. Aguirre y Quijano (2014) afirman: “la *despersonalización* experimentada por el trabajador como una forma de afrontamiento que lo protege de la desilusión y el agotamiento; esto implica actitudes y sentimientos cínicos y/o negativos sobre las propias personas, que se manifiestan con irritabilidad y respuestas impersonales” (p. 200). Así pues la *despersonalización* nace como estrategia de afrontamiento para hacer frente al cansancio que posee el sujeto, a causa de las expectativas no cumplidas con respecto a su trabajo actual. Teniendo en cuenta estas respuestas impersonales que ahora el individuo posee, esto también crea un impacto en sus relaciones familiares.

Finalmente en la última fase, llamada de cinismo, el individuo comienza a presentar una *despersonalización* más profusa, que comienza a afectar gravemente su comportamiento. Aguirre y Quijano (2014) afirman:

La última fase, el cinismo, se relaciona con cambios en el comportamiento, como reacciones psicológicas de *despersonalización*, pérdida de contacto con necesidades personales, sensación de vacío, ansiedad y adicción, con lo que aumentan los sentimientos de desesperación y de no encontrarle sentido a la vida, lo cual lleva a los profesionales a un agotamiento que puede incluso amenazar la vida. (p. 200)

Por consiguiente cuando la persona ingresa en esta etapa comienza a atravesar un declive considerable en su estado anímico y psicológico, el mismo que comienza a afectar en el ámbito físico trayendo consigo el desarrollo de patologías tales como: enfermedades cardiovasculares, diabetes y reacciones alérgicas cutáneas.

1.5. Modelos explicativos del Burnout.

1.5.1. Modelos basados desde la teoría Sociocognitiva.

Estos modelos se basan en el criterio, de que los pensamientos del individuo se ven modificados debido a experiencias que el mismo presenta en el ámbito laboral, por consiguiente desarrolla el síndrome de *Burnout*. También toman como relevancia a las variables perteneciente al “self” (autoconfianza, autoestima y autoeficacia).

1.5.1.1. Modelo de competencia social de Harrison.

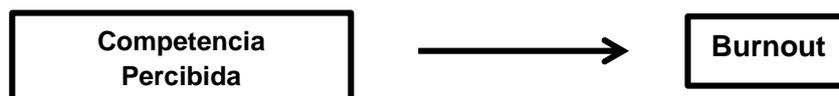


Figura 1. Modelo de competencia social de Harrison

Fuente: Harrison, 1983

Elaborado por: Aguirre Encalada Hans Mauricio

En este modelo se prioriza un enfoque basado en la “competencia percibida” como elemento para identificar el desarrollo o no del *Burnout*. Harrison (1983) indica:

Gran parte de los profesionales que empiezan a trabajar en servicios de asistencia tienen un grado alto de motivación para ayudar a los demás y de altruismo, pero ya en el lugar de trabajo habrá factores que serán de ayuda o de barrera que determinarán la eficacia del trabajador. (p. 14-15)

Razón por la que al existir una elevada motivación y también al haber factores de ayuda en el trabajo, esto permitirá que la persona pueda manejar de mejor manera los obstáculos que se le presenten en el transcurso de su labor, sin embargo de ser al contrario y no presentarse estos factores de ayuda, la misma tendrá una gran posibilidad de desarrollar el Síndrome de *Burnout*. Con respecto a los factores de ayuda estos pueden ser: el apoyo social, objetivos laborales realistas, un sentimiento de ser eficaz para realizar las tareas y finalmente vale destacar una ambiente agradable en el trabajo para poder desenvolverse.

1.5.1.2. Modelo de autoeficacia de Cherniss

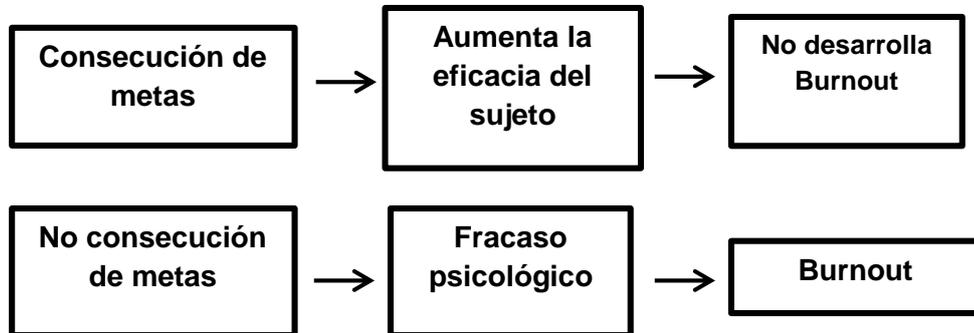


Figura 2. Modelo de autoeficacia de Cherniss
Fuente: Cherniss, 1993
Elaborado por: Aguirre Encalada Hans Mauricio

En este modelo se da prioridad a una variable del “self”, en este caso en relación a la autoeficacia del individuo. Cherniss (1993) indica:

La consecución independiente y exitosa de las metas aumenta la eficacia del sujeto. Sin embargo, la no consecución de esas metas lleva al fracaso psicológico; es decir, a una disminución de la autoeficacia percibida y, por último, al desarrollo del *Burnout*. (p. 15)

Por lo que si el sujeto busca contundentemente el dar solución a los inconvenientes que se le presentan en el trabajo, ya sea que este pregunta a algún compañero sobre cómo solucionar determinado problema laboral, o si vela por la solución de otras maneras, de esta forma se tiene la garantía de que su autoeficacia está lo suficientemente establecida como para experimentar menos estrés y de esta manera no desarrollar el síndrome de *Burnout*.

1.5.1.3. Modelo de Pines



Figura 3. Modelo de Pines
Fuente: Pines, 1993
Elaborado por: Aguirre Encalada Hans Mauricio

Aquí está el hecho de que el *Burnout* se manifiesta debido a que el individuo presenta altas expectativas iniciales con relación a su nuevo puesto de trabajo, y por ende al no verse cumplido esto, el mismo entra en un estado de frustración. Pines (1993) indica:

El fenómeno del Síndrome de *Burnout* radica cuando el sujeto pone la búsqueda del sentido existencial en el trabajo y fracasa en su labor. Estos sujetos les dan sentido a su existencia por medio de tareas laborales humanitarias. Este modelo es motivacional, y plantea que sólo se queman aquellos sujetos con alta motivación y altas expectativas. (p. 15)

De modo que el Síndrome de *Burnout*, se va a desarrollar dado que para el sujeto el trabajo es su fuente principal de motivación, por lo tanto al tener muy altas expectativas de progresar y al no darse esto, el sujeto será vulnera al desarrollo del síndrome de *quemarse en el trabajo*.

1.5.1.4. Modelo de autocontrol de Thompson, Page, Cooper

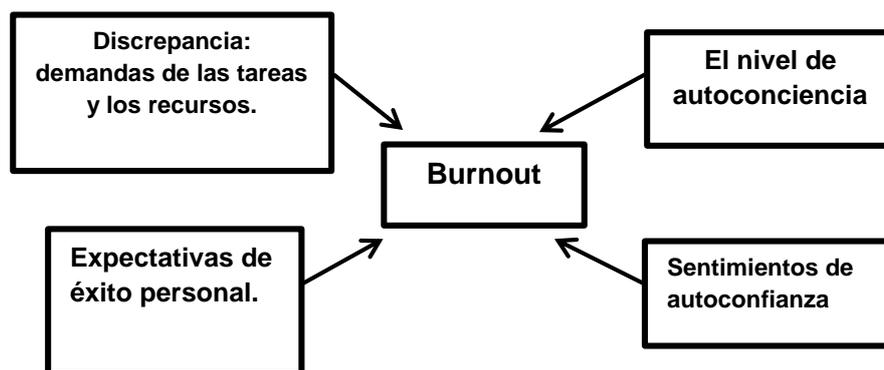


Figura 4. Modelo de autocontrol de Thompson, Page, Cooper

Fuente: Cooper, 1993

Elaborado por: Aguirre Encalada Hans Mauricio

De acuerdo a este modelo el principal elemento que produce el Síndrome de *Burnout*, es el hecho de la autoconciencia que tiene el sujeto sobre su realidad laboral. Thompson, Page y Cooper (1993) afirman:

Los cuatro factores implicados en la aparición del Síndrome de *Burnout*, son: 1) Las discrepancias entre las demandas de la tarea y los recursos del sujeto. 2) El nivel de autoconciencia. 3) Las expectativas de éxito personal. 4) Los sentimientos de autoconfianza. (p. 16)

De manera que el sujeto al evidenciar en reiteradas ocasiones su fracaso laboral en la consecución de metas, comenzará a ser consciente sobre la falta de recursos que posee para poder llegar a cumplirlas y así debido a los sentimientos de frustración utilizará la despersonalización como estrategia de afrontamiento para el poder alejarse de los obstáculos laborales.

1.5.2. Modelos elaborados desde la Teoría del Intercambio Social

1.5.2.1. Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli

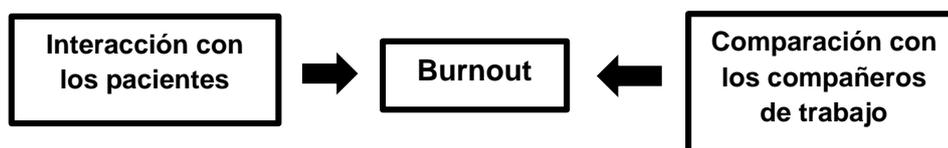


Figura 5. Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli

Fuente: Buunk y Schaufeli, 1993

Elaborado por: Aguirre Encalada Hans Mauricio

Con respecto a este modelo, cabe puntualizar que el mismo fue elaborado con la finalidad de comprender y detallar, el desarrollo del Síndrome de *Burnout* en profesionales de enfermería. En el mismo se establecen dos factores importantes que inciden en el desarrollo del *Burnout*, éstos son: en primer lugar, está la interacción social del personal de enfermería para con los pacientes, familiares de éstos y compañeros de trabajo; en segundo lugar está la comparación existente entre compañeros de trabajo. Buunk y Schaufeli (1993) indican:

Existen tres fuentes de estrés que están relacionadas con los procesos de intercambio social: 1) La incertidumbre: Es la ausencia o falta de claridad sobre los propios sentimientos y pensamientos sobre cómo actuar. 2) La percepción de equidad: Hace referencia al equilibrio percibido sobre lo que se da y lo que se recibe en el curso de sus relaciones. 3) La falta de control: Se explica como la posibilidad/capacidad del trabajador para controlar los resultados de sus acciones laborales. (p. 16)

De manera que en este modelo, el profesional de enfermería al estar expuesto a una interacción social tan profusa, llega al momento en que debido a la complicación del paciente o al enojo de los familiares de éste, no sabe cómo proceder y comienza a desarrollar

un sentimiento de incertidumbre. También está el hecho de la alta competitividad entre compañeros, razón por la cual si el profesional comienza a sentirse agotado emocionalmente, el mismo no se volcara a pedir algún tipo de orientación o de ayuda a sus colegas, debido al miedo a ser catalogado como ineficaz, de este modo irá desarrollando el síndrome de *quemarse en el trabajo*.

1.5.2.2. Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Freddy.

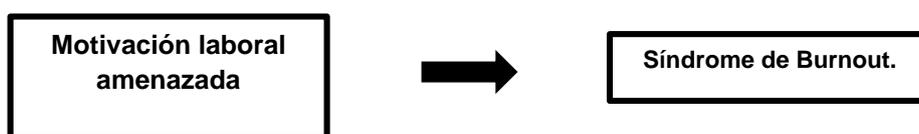


Figura 6. Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Freddy

Fuente: Hobfoll y Freddy, 1993

Elaborado por: Aguirre Encalada Hans Mauricio

Esta teoría expresa que el *Burnout* se presenta en el trabajador, debido a que su motivación en la labor, se ha visto amenazada. Hobfoll y Freddy (1993):

Para reducir los niveles de *Burnout* se deben aumentar los recursos de los empleados y, así, eliminar la vulnerabilidad a perderlos. También se debe intentar modificar de manera positiva las cogniciones y percepciones, con el fin de disminuir los niveles de estrés percibido y, por consecuencia, del *Burnout*. (p. 17)

Debido a que la motivación es la que se ve disminuida acorde a este modelo, entonces es deber de la institución velar por el resguardo de sus empleados, esto mediante estrategias de valoración por el esfuerzo realizado por el profesional. Así también es necesario brindar recursos a los empleados, estos pueden ser el respetar sus horas laborales y no sobre exigirles ante la demanda laboral, también está el hecho de brindarles las herramientas necesarias para el desempeño de su labor, ya que si no cuentan con las mismas será mucho más angustiante y difícil la realización de su respectiva labor. De no estimar estos recursos en beneficio del empleado, el mismo inevitablemente debido a la carga laboral, la desmotivación y a la falta de recurso, comenzará a desarrollar el Síndrome de *Burnout*.

1.5.3. Modelos Desarrollados desde la Teoría organizacional

1.5.3.1. Modelo de fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter

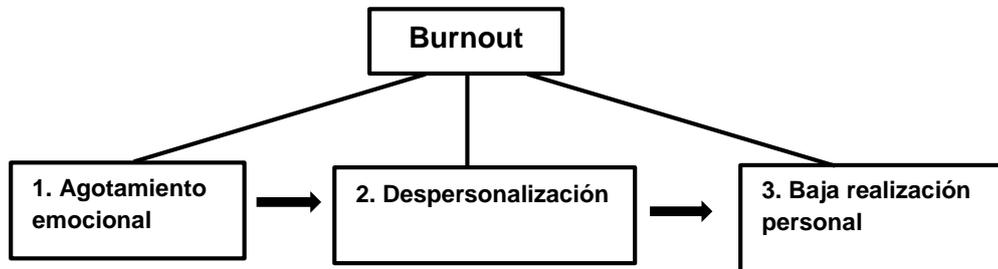


Figura 7. Modelo de fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter

Fuente: Golembiewski, 1988

Elaborado por: Aguirre Encalada Hans Mauricio

En este modelo se explica que el desarrollo de *Burnout*, ocurre mediante un desarrollo paulatino, en donde tras darse una fase posteriormente se va desarrollando otra. En la primera fase, está el componente del *agotamiento emocional*, luego de suscitarse la misma, se vendría a dar paso a la *despersonalización*, y por último, estaría la *baja realización personal*. Golembiewski (1988) señala:

En la primera fase, se desencadena el estrés por la sobrecarga laboral y pobreza del rol, provocando sentimientos de pérdida de autonomía y de control. Esto, a la vez, genera sentimientos de irritabilidad, fatiga y una disminución de la autoimagen positiva. En la segunda fase, el sujeto desarrolla estrategias de alejamiento para afrontar la situación amenazante del contexto laboral. Este tipo de estrategia puede ser constructiva o no, dependiendo de su naturaleza (sin eliminar la empatía o con cinismo). Si se desarrollan actitudes de *despersonalización* (cinismo), aparece el *Burnout*. Las siguientes fases se caracterizarán por *baja realización personal*, para desembocar en *agotamiento emocional*. (p. 17-18)

Entonces en la primera fase el sujeto a causa de la sobrecarga laboral comienza a tener sentimientos de pérdida de control, también se da esto si es que el individuo no tiene desarrollados los recursos necesarios para su rol. Con el paso del tiempo en esa situación si es que no ha podido desarrollar el conocimiento necesario acorde a su rol, para afrontar los obstáculos laborales, entonces es ahí que comienza a utilizar estrategias de afrontamiento que inciden en el alejarse del contexto laboral, en otras palabras el restarle importancia a la labor. Esto el individuo lo realiza a través de un *comportamiento despersonalizado*, caracterizado por un trato frío y distante para con los clientes o colegas.

Posteriormente se manifiesta la *baja realización personal*, debido al sentimiento de haber fracasado en la labor y en los objetivos de vida. Finalmente esta la fase de *agotamiento emocional*, que se da una vez ya habiendo sido empleados todos los recursos del sujeto, en la misma el individuo se siente completamente fatigado y de seguir aun así en estas condiciones, comenzara a manifestar problemas serios de salud.

1.5.3.2. Modelo de Winnubst

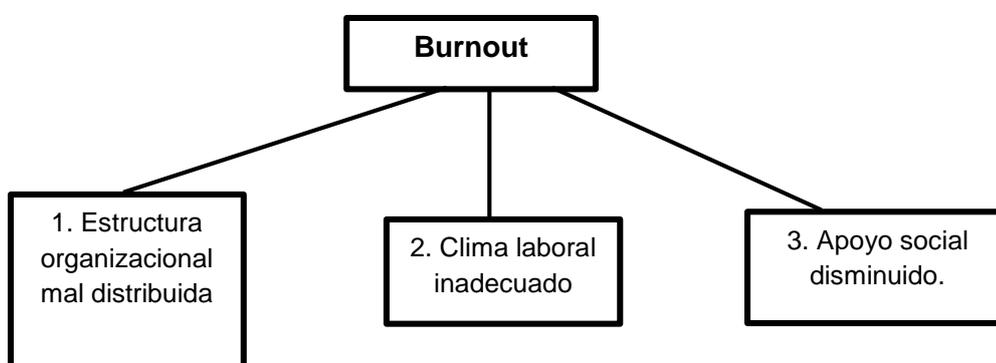


Figura 8. Modelo de Winnubst.
Fuente: Winnubst, 1993
Elaborado por: Aguirre Encalada Hans Mauricio

Para este modelo las causas del síndrome de *quemarse en el trabajo* son el hecho de contar con una estructura organizacional mal distribuida, con un clima laboral inadecuado y un apoyo social disminuido o hasta inexistente dependiendo de la cultura organizacional. Winnubst (1993) asevera:

La cultura de la organización está determinada por su estructura y, por lo tanto, los antecedentes del *Burnout* variarán en función del tipo de cultura organizacional e institucionalización del apoyo social. Paralelamente, al estar estrechamente relacionado el apoyo social con la estructura organizacional, éste es un factor fundamental que afecta la percepción del sujeto respecto la estructura organizacional y, por lo tanto, es una variable esencial sobre la cual intervenir para prevenir o disminuir los niveles de *Burnout*. (p. 18)

Razón por la que al coincidir el apoyo social junto con la estructura organizacional, se lograra, el poder llevar a cabo un proceso constructivo de desenvolvimiento laboral. Por otro lado si es que no existe el apoyo social en la organización, así sería difícil llegar a consensos con respecto a los problemas laborales, garantizando de esta manera el desarrollo del síndrome de *Burnout*.

1.5.3.3. Modelo de Cox, Kuk y Leiter

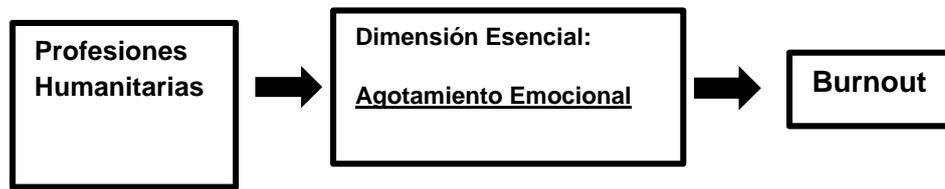


Figura 9. Modelo de Cox, Kuk y Leiter

Fuente: Cox, Kuk y Leiter, 1993

Elaborado por: Aguirre Encalada Hans Mauricio

Desde este enfoque el síndrome de *quemarse por el trabajo* se presenta de forma particular cuando el profesional tiene que preferentemente tratar con varias personas a lo largo de su jornada, y por lo tanto debido a tantas desavenencias que provienen por parte de los clientes, es que la persona comienza a tener un grado alto de incertidumbre sobre cómo afrontar a esas solicitudes, y es así que va a comenzar a desarrollar el *agotamiento emocional*. Cox, Kuk y Leiter (1993) indican:

La *despersonalización* es considerada una estrategia de afrontamiento ante el *agotamiento*, y la *baja realización personal* es el resultado de la evaluación cognitiva del estrés al que se enfrenta el trabajador. En este punto también intervienen los distintos significados que el sujeto le atribuye al trabajo o las posibles expectativas frustradas en el ámbito laboral. (p. 18)

De modo que debido a que la persona de profesiones humanitarias, tiene que tratar a las distintas demandas de los clientes, es que comienza a desarrollar un proceso de *agotamiento emocional*. Al continuar esto y el sujeto no pudiendo aún sobrellevar la tensión, es que comienza a tener sentimientos de fracaso manifestándose así lo que es la etapa de *baja realización personal*. Por último cabe mencionar que como forma de afrontar esta problemática, es que el sujeto comienza a querer alejarse de la situación, utilizando para ello estrategias de afrontamiento. Dentro de estas estrategias están el proceder con falta de empatía y frialdad para con los clientes, haciendo así referencia a la fase llamada de *despersonalización*.

1.5.4. Modelos sobre el proceso del Síndrome de Quemarse en el Trabajo.

1.5.4.1. Modelo tridimensional de MBI-HSS.

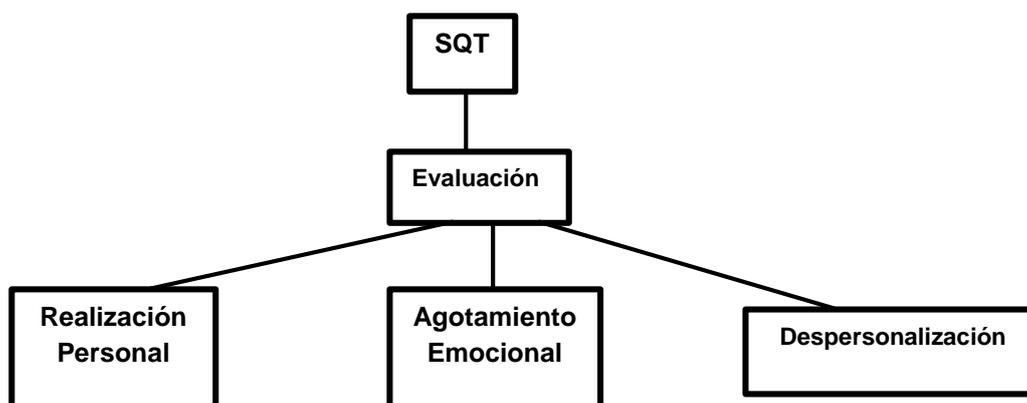


Figura 10. Modelo tridimensional de MBI-HSS
Fuente: Gil-Monte, 2011
Elaborado por: Aguirre Encalada Hans Mauricio

Este modelo parte de un instrumento desarrollado por Maslach y Jackson, con la finalidad de poder identificar la presencia del síndrome de *Burnout* en profesionales que trabajan en el área de servicios humanos. Este instrumento es conocido como Maslach Burnout Inventory (MBI), es autoadministrado, y consta de 22 ítems que recogen respuestas del sujeto con relación a su trabajo, específicamente información de sus sentimientos, emociones, pensamientos y conductas. Gil-Monte (2011) indica:

El MBI-HSS es el cuestionario por excelencia para la evaluación psicométrica del síndrome de *quemarse en el trabajo*. Este cuestionario está formado por 22 ítems que se distribuyen en tres dimensiones que evalúan aspectos cognitivos (realización personal en el trabajo), emocionales (agotamiento emocional) y actitudinales (despersonalización) de la psique. (p. 106)

Por lo que de forma más elaborada, en este modelo se hace uso de un instrumento de medición del Síndrome de *Burnout*. En el mismo se pone en relevancia la existencia de tres factores de este síndrome, los mismos son: en primer lugar está el medir el grado de realización personal del individuo, en segundo lugar está el identificar el nivel de agotamiento emocional del sujeto, y en tercer lugar consta el medir el estado de despersonalización en el que se encuentra el mismo.

1.5.4.2. Modelo de Edelwich y Brodsky (1980).

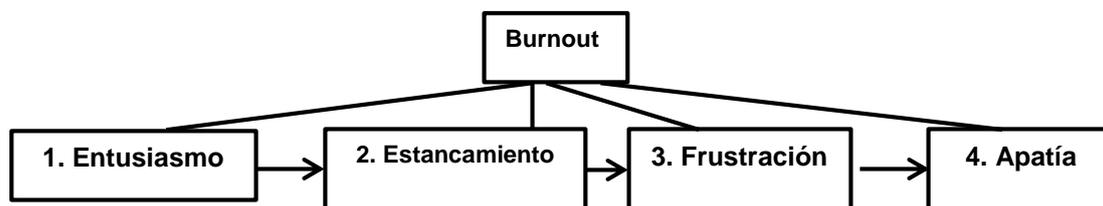


Figura 11. Modelo de Edelwich y Brodsky (1980)

Fuente: Gil-Monte, 2011

Elaborado por: Aguirre Encalada Hans Mauricio

En este caso el modelo de estos autores aclara que el Síndrome de *Burnout* es un proceso que se desarrolla debido a que el individuo comienza a decepcionarse completamente de la actividad laboral que realiza.

Para explicar ese proceso elaboran un modelo de cuatro fases: 1) La primera fase la denominan de entusiasmo, y se caracteriza por ser un período inicial de la actividad laboral en el que los individuos desarrollan una gran ilusión, energía y expectativas irreales sobre el trabajo sin conocerlo realmente. Lo único que vale la pena y que supone fuente de disfrute es la actividad laboral. Es una fase de entusiasmo irreal en la que los profesionales se sobreidentifican con los individuos hacia los que trabajan y se implican en la actividad hasta el punto de hacer tareas y horas de forma voluntaria. 2) La segunda supone un estancamiento. El profesional aún realiza su trabajo, pero éste ya no lo es todo en su vida. Su atención se centra ahora en las aficiones personales, los amigos, el hogar y la familia. Se empiezan a valorar las contraprestaciones recibidas por el trabajo (salario, horarios de trabajo y promociones). 3) Una tercera fase se caracteriza por la frustración. Al entrar en esta fase los individuos se preguntan si vale la pena el trabajo que están haciendo, si tiene sentido ayudar a los demás cuando éstos no colaboran, si merece la pena seguir luchando contra las trabas burocráticas que frustran los esfuerzos personales. 4) La cuarta fase la denominan de apatía, y se considera un mecanismo de defensa frente a la frustración. Se caracteriza porque el individuo se siente frustrado continuamente en el trabajo, pero necesita ese trabajo para poder vivir. (Gil-Monte, 2011, p. 106)

En consecuencia aquí se puede identificar que el individuo en una primicia presenta altas expectativas e ilusiones con relación a su nuevo puesto de trabajo, pero conforme va avanzando el tiempo en su labor, este empieza a sentir que realmente no ha avanzado acorde a lo esperado. Luego en la siguiente etapa, el individuo se siente frustrado, y comienza a preguntarse si realmente ha valido la pena tanto esfuerzo y sacrificio.

Finalmente se da la *despersonalización* en el sujeto, en donde el mismo procede con un trato apático hacia las demás personas, esto como estrategia de afrontamiento para desvincularse del problema. Vale puntualiza que en este modelo hay cuatro etapas cuyos nombres difieren completamente del Modelo tridimensional del MBI-HSS. Sin embargo puedo denotar que, la fase de apatía está acorde a la de *despersonalización* y la fase de frustración a la de *baja realización personal*, Pero no se encuentra especialmente definido el término de *agotamiento emocional* en este modelo.

1.5.4.3. Modelo de Price y Murphy (1984).

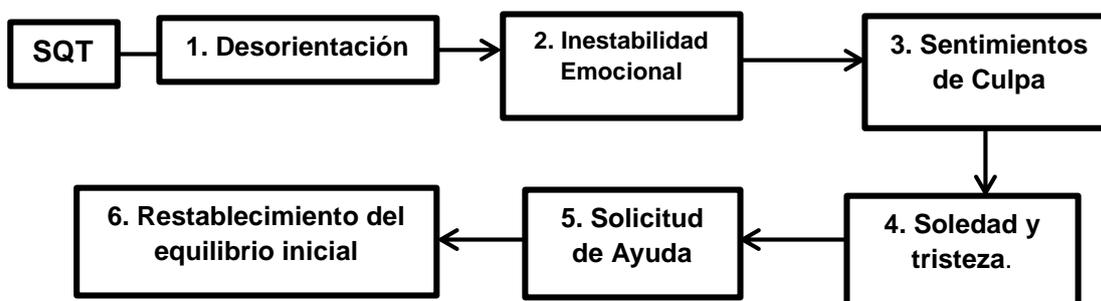


Figura 12. Modelo de Price y Murphy (1984)
Fuente: Murphy, 1984
Elaborado por: Aguirre Encalada Hans Mauricio

Este modelo consta de seis fases llamadas sintomáticas, éstas son atravesadas por el profesional, que no puede afrontar los obstáculos laborales que se le presentan. Price y Murphy (1984) indican:

El SQT se caracteriza por atravesar seis fases sintomáticas: 1) La primera es una fase de desorientación, en la que el individuo toma conciencia de la realidad laboral y comprueba que no alcanza sus objetivos con las personas hacia las que trabaja. En esta fase algunos profesionales desarrollan sentimientos de fallo profesional. 2) La segunda fase se caracteriza por la inestabilidad emocional, que se ve incrementada por la falta de apoyo social emocional por parte de otros miembros del equipo de trabajo, y por el aislamiento y el distanciamiento emocional que los profesionales de ayuda desarrollan como estrategia de afrontamiento para no implicarse en los problemas de las personas a las que atienden, aun manteniendo la empatía. El profesional no desahoga sus emociones, y pasa por periodos de labilidad y desgaste emocional. 3) La tercera fase se caracteriza por la aparición de sentimientos de culpa debido al fracaso profesional. 4) La cuarta fase del proceso es una

fase de soledad y tristeza que si se supera puede desembocar en las siguientes fases. 5) Fase de solicitud de ayuda. 6) Restablecimiento del equilibrio inicial con el que abordó la profesión. (p. 109-110)

De manera que en este modelo primero el sujeto comienza a darse cuenta que no puede cumplir con sus objetivos personales de trabajo, por lo tanto comienza a sentir que ha fallado como profesional. Luego para afrontar esta desilusión, es que comienza a distanciarse emocionalmente de los clientes a los que atiende como de los compañeros de trabajo. En tercer lugar, está el hecho de sentirse completamente culpable del fracaso en la consecución de metas personales. En cuarto lugar, el sujeto desarrolla una depresión profusa, luego si es que el mismo por voluntad va donde un terapeuta a hacerse tratar, entonces así, lograra alcanzar el restablecimiento de su salud mental.

1.5.5. Modelo de la Teoría Estructural Modelo de Gil Monte



Figura 13. Modelo de la Teoría Estructural Modelo de Gil Monte

Fuente: Martínez, 2010

Elaborado por: Aguirre Encalada Hans Mauricio

En este modelo se toma relevancia sobre distintos tipos de variables, estas son en primer lugar las de tipo organizacional, luego están las variables personales y finalmente las estrategias de afrontamiento. Martínez (2010) indica:

Este síndrome es una respuesta al estrés laboral percibido (conflicto y ambigüedad del rol), y surge como producto de un proceso de reevaluación cuando la forma de afrontamiento a la situación amenazante es inadecuada. Esta respuesta implica una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias, por ejemplo, la falta de salud, baja satisfacción laboral, pasividad, evitación, etc. (p. 19)

De modo que en este modelo se percibe la aparición del *Burnout* en el individuo, debido a que este tiene dificultad para saber desenvolverse de forma óptima ante las adversidades de su trabajo, dado que sus recursos de conocimiento y de experiencia no son acordes a los necesarios para el rol que se le ha asignado a desempeñar. Es por ello que inevitablemente decae en la *despersonalización*, con la finalidad de alejarse del problema.

1.6. Prevalencia del Burnout en profesionales de la salud

Con respecto a esta temática, se puede evidenciar que la prevalencia del síndrome de *Burnout* es distinta en diversos países de habla en español, en algunos la prevalencia puede ser muy alta, pero en otros es muy baja. Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats y Braga (2007) indican:

La prevalencia de *Burnout* en los profesionales de la salud, residentes en España fue de 14,9%, del 14,4% en Argentina, y del 7,9% en Uruguay. Los profesionales de México, Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala y El Salvador presentaron prevalencias entre 2,5% y 5,9%. (p. 215)

Por consiguiente, de acuerdo a este estudio se puede constatar que en países como Argentina y España existe un nivel bastante alto de prevalencia de *Burnout*, en profesionales del sector de salud en donde se puede apreciar valores que van desde el 14,4 % hasta el 14,9 % respectivamente. Estos porcentajes son bastante altos en comparación a los presentes en Ecuador en donde la prevalencia radica en un aproximado que va del 2,5% al 5,9 %.

Por otro lado también existe evidencia de estudios sobre la prevalencia de *Burnout* en enfermeras, en países como: Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Alemania, Nueva Zelanda y Japón, donde se estudió a 53.846 enfermeras. Poghosyan et al. (2010) asevera:

Las enfermeras en Japón tenían un perfil sugerente de los más altos niveles de *Burnout* de cualquiera de los países. Ellos tenían las mayores puntuaciones medias en cansancio emocional, despersonalización, y más bajas en realización personal. Como grupo, las enfermeras de Alemania tenían los niveles más bajos de *Burnout* en las tres dimensiones. En las enfermeras de Canadá, Reino Unido y Nueva Zelanda hubo menores niveles de *Burnout* que en las enfermeras de Japón y Estados Unidos, pero mayores que las de Alemania. Por otro lado el 80% de las enfermeras en Japón percibe la calidad de la atención durante el último turno trabajó como regular o mala en comparación con sólo el 9,4% de las enfermeras en Nueva Zelanda. En los EE.UU., Canadá y Reino Unido, 19%, 14% y 13% de las enfermeras, respectivamente, informó la calidad de la atención como regular o mala. El segundo peor nivel de calidad de atención se informó en Alemania, donde el 30% de las enfermeras informó calidad de la atención como regular o mala. Las

diferencias estadísticamente no fueron probados dan los diversos factores culturales que pueden afectar a los informes de la quemadura y la calidad de los cuidados de enfermería. Este estudio se centró en la relación entre la variable independiente y dependiente en lugar de sus niveles. (p. 24)

De modo que las enfermeras en Japón al tener un nivel alto de *Burnout*, tienen una calidad de atención bastante regular o mala. Por otro lado en Canadá, Reino Unido y Nueva Zelanda hubo bajos niveles de *Burnout*, sin embargo la atención en estos países fue buena en un mayor porcentaje. Por lo tanto con esta comparativa, se puede identificar que cuando la persona comienza a sufrir el síndrome de quemarse en el trabajo, es que comienza a disminuir su calidad profesional, en su labor o en el trato con los clientes o demás compañeros de trabajo.

También está el siguiente estudio realizado en Francia, en donde se identifica la prevalencia del *Burnout* en médicos y enfermeras que trabajan en cuidados intensivos. Embriaco, Papazian, Kentish-Barnes, Pochard & Azoulay (2007) indican:

De 978 médicos y 2497 enfermeras que trabajaban en unidades de cuidados intensivos, el síndrome de *burnout* severo estuvo presente en aproximadamente el 50% de los médicos y en un tercio del personal de enfermería. Los determinantes de *burnout* fueron diferentes en los dos grupos. En los médicos intensivistas con un *burnout* severo, éste se relacionó con un elevado número de horas de trabajo, mientras en el personal de enfermería los determinantes del síndrome de *burnout* estuvieron relacionados con la organización y con la jubilación. (p. 25)

Entonces se puede confirmar que la carga laboral es un factor que incide en el desarrollo del síndrome de *Burnout* en el profesional de medicina, dando lugar así a las características típicas de este síndrome como son: la *despersonalización*, la *baja realización personal* y el *agotamiento emocional*. Con respecto al personal de enfermería, el síndrome vendría a manifestarse debido a la tensión generada por la falta de organización en las tareas a cumplir.

Finalmente se puede evidenciar la prevalencia del *Burnout* en una investigación realizada en Italia, en la misma se identifica la prevalencia del síndrome en profesionales médicos residentes en psiquiatría. Ferrari et al. (2014) afirman:

En 180 médicos residentes en psiquiatría, se encontró un nivel moderado de *burnout*, relacionado con la carga de trabajo y la organización del trabajo; una mayor carga de trabajo y tener síntomas de depresión menor se relacionaron con el cansancio emocional y la despersonalización. (p. 26)

De modo que, el síndrome en profesionales de medicina se presenta con motivo de una mayor carga de trabajo, lo cual a su vez va a originar el desarrollo de características típicas del síndrome de *Burnout*, como son el cansancio emocional y la despersonalización. Es así que la carga laboral es un factor realmente determinante para la presencia de *Burnout* en profesionales de medicina.

1.7. Estrategias y técnicas de intervención frente al Burnout

Hoy en días existen diversas estrategias enfocadas en evitar que el profesional decaiga en el desarrollo del Síndrome de *Burnout*, o bien si ya lo tiene establecido entonces se enfocan en tratar de reestablecer la salud mental del individuo. Entre las distintas estrategias se citan, a las siguientes: estrategias orientadas al individuo, estrategias sociales y estrategias organizacionales.

1.7.1. Estrategias orientadas al individuo

Estas se centran principalmente en que el individuo aprenda formas de atenuar las tensiones que se le presentan en su diaria labor, así mismo está el aprendizaje de estrategias de afrontamiento de carácter cognitivo. Ramos (1999) Indica:

Entre ellas destacan: 1. Ejercicio Físico, por su efecto tranquilizante y por su efecto ansiolítico. 2. Técnicas de Relajación, las más aplicadas y conocidas para los clientes. La relajación muscular induce a la relajación mental. 3. Biofeedback, técnicas de entrenamiento para el autocontrol voluntario de ciertas funciones corporales (ritmo cardiaco, ondas cerebrales, presión sanguínea y tensión muscular), con el fin de reducir la tensión y los síntomas somáticos relacionados con el estrés. 4. Técnicas Cognitivas, cuyo objetivo es que

el sujeto reevalúe y reestructure las situaciones estresantes o problemáticas de manera que pueda afrontarlas con mayor eficacia, controlando su reacción frente a los factores estresantes. 5. Inoculación del estrés, una técnica que prepara a la persona, mediante un ejercicio simulado y progresivo, para soportar las situaciones de estrés. 6. Desensibilización Sistemática, con el objetivo de que la persona supere la ansiedad ante situaciones concretas por medio de una aproximación gradual al estímulo estresante hasta que se elimine la ansiedad. (p. 31-32)

Entonces esta serie de estrategias, ayudan a que el sujeto tenga formas de afrontar los estresores que se manifiestan en el trabajo, ya sea tomando en consideración el hecho de que la realización de ejercicios en el transcurso de la semana le va a ayudar a disminuir su ansiedad. Por otro lado ejercicios de respiración ayudaran a aliviar las tensiones, también las técnicas cognitivas permitirán que el sujeto esté en óptimas condiciones para poder tomar de mejor manera los obstáculos laborales.

1.7.2. Estrategias Sociales

El apoyo social tanto por parte de los allegados del sujeto, así como de compañeros del trabajo es una herramienta fundamental para poder hacer frente de mejor manera a los obstáculos. “Una de las primeras recomendaciones en la actuación es fomentar el apoyo social de los grupos sociales con los que el sujeto tenga relación” (Matteson e Ivancevich, 1997, p. 32). Por consiguiente hay que hacer comprender al individuo, que en su medio laboral cuenta con sus compañeros y amistades para poder solucionar cualquier adversidad laboral que se le presente, ya que si el mismo tiene dudas con respecto a que procedimiento debe seguir en una tarea laboral, pues éstos podrán orientarlo de mejor manera y así podrá concluir su tarea con éxito. También es importante el apoyo social brindado ya sea por las amistades, por la pareja o la familia, con la finalidad de que el sujeto puede realizar una retroalimentación positiva de la información y así poder afrontar de mejor forma las dificultades que se le presenten.

1.7.3. Estrategias Organizacionales

Con respecto a las estrategias organizacionales, está la implementación de la terapia de aceptación y compromiso, la cual incide positivamente sobre la *capacidad de afrontamiento* del individuo en relación a su entorno de trabajo. Rodríguez y Hermosilla (2011) afirman:

Diversos estudios de intervención en el ámbito laboral han demostrado que la *terapia de aceptación y compromiso*, resulta eficaz en el entorno laboral. En general la investigación en el área ha encontrado que mayores niveles de flexibilidad psicológica y/o el aumento de la misma a través de las intervenciones, se relaciona con resultados positivos para los empleados y por ende para las empresas. Por ejemplo, la *terapia de aceptación y compromiso* se ha mostrado eficaz en la ayuda a los cuidadores profesionales (trabajadores sociales, policías, médicos) a la hora de enfrentarse con el peligro y el sufrimiento humano, así como para reducir la incidencia del trauma secundario o indirecto. Igualmente se ha encontrado que es eficaz tanto en la prevención del desgaste profesional, como en la reducción del mismo. (p. 83)

Por consiguiente, es a través de esta terapia que el profesional va a poder afrontar las situaciones conflictivas de su labor, esto mediante la aceptación de las realidades de la vida. Ya que por ejemplo en el caso de los médicos y enfermeras, continuamente ellos presencian lo que es el fallecimiento de sus pacientes o el dolor que los mismo presentan debido al desarrollo de sus enfermedades. También está el hecho de comprometerse en su labor, ya que mediante su valiosa labor también salvan muchas vidas y ayudan a mitigar el dolor de las personas.

Vale también puntualizar la importancia de implementar programas que se enfoquen en incrementar la resiliencia de los trabajadores, ya que así podrán recuperarse más rápidamente de situaciones estresante, presenciadas a lo largo de su labor en el trabajo. Rodríguez y Hermosilla (2011) afirman:

Una última línea de intervención a destacar busca aumentar la resiliencia de los empleados a través de entrenamientos enfocados en hacer “más fuertes” a los individuos ante el estrés, de tal forma que éste no llegue a manifestarse como tal. Serían programas principalmente enfocados al desarrollo de estrategias de resistencia, resiliencia y recuperación. (p. 84)

De ahí que al implementarse estos programas en los profesionales pertinentes, se ayudara a que estos tengan un mayor grado de estrategias de afrontamiento en su abanico de respuestas, y por lo tanto sabrán cómo responder ante los elementos de estrés de su medio, de forma que los mismos no salgan afectados por estos factores.

1.8. VARIABLES ASOCIADAS DE BURNOUT

1.8.1. Variables Sociodemográficas.

En este grupo constan las siguientes variables: sexo, edad, estado civil y número de hijos.

Sexo.

Esta variable es muy importante ya que muchas de las veces las diferencias recaen debido a los roles típicos de cada sexo. Maslach y Jackson (1981) indican: “las mujeres experimentan mayor y más intenso agotamiento emocional que los hombres” (p. 6). En consecuencia esto se puede deber a que las mujeres también cumplen con las tareas del hogar, así mismo en el cuidado de los hijos. Esta situación hace que se queden sin energías y comienzan a presentar un agotamiento emocional demarcado.

Edad.

A medida que la persona va cumpliendo más años, la misma va adquiriendo experiencia para saber proceder adecuadamente ante cualquier situación que se le presente en la vida. Marín y Paredes (2002) afirman: “a mayor edad aumenta la autoeficacia profesional” (p.17). De modo que acorde a esta conclusión de estos autores, se puede comprender que una persona que recién inicia su etapa profesional en el desenvolvimiento de un puesto de trabajo, va a presentar dificultades para poder afrontar las demandas de labor.

Estado civil.

El estado civil es una variable que permite identificar si el individuo presenta estrategias de afrontamiento adicionales, para poder enfrentar las adversidades laborales, que se presenten. “Las investigaciones revelan que las personas casadas presentan niveles más bajos de *Burnout* que las personas solteras” (Maslach, Schaufeli, y Leiter, 2001, p. 6). Puesto que cuando el individuo tiene problemas laborales, comparte su situación con su pareja y al ser escuchado y comprendido, el mismo no se siente solo ante la situación. En cambio la persona no comprometida, al tener algún problema en el trabajo e ir a casa, no se olvida tan fácilmente del problema, ya que no tiene con quien platicar sobre el mismo, y así alivianarse del malestar que le está causando esto.

Número de hijos.

Las personas que tienen más hijos, generalmente tienen más edad y prefieren el beneficio del salario y la seguridad de trabajo, a otro tipo de intereses. “La estabilidad afectiva y ser padre o madre, mejora el equilibrio que se requiere para solucionar situaciones conflictivas” (Cobb, 1976, p. 148). De esta forma una persona que si tiene la responsabilidad de cumplir su tarea como padre o madre, tendrá la capacidad de poder hacer frente a situaciones conflictivas, no solo en su hogar, sino también en el trabajo respecto a los obstáculos laborales, que se le presenten.

1.8.2. Variables Sociolaborales

En relación a este grupo, se tiene preferentemente las siguientes variables: Antigüedad Laboral y Categoría Profesional.

Antigüedad laboral

En este caso la antigüedad laboral de un individuo, puede ser un elemento determinante para conocer si presenta *Burnout* o no, ya de no haber cumplido sus expectativas o metas laborales, puede desencadenarse el desarrollo del síndrome de *quemarse en el trabajo*. Paredes y Paredes (2003) aseveran: “la antigüedad en el trabajo, ha sido ligada al Síndrome de *Burnout*, donde se ha podido establecer que a más años de antigüedad laboral, mayor serán los niveles de *Burnout*” (p. 6). Teniendo en cuenta que una persona ha estado demasiado tiempo en el mismo cargo laboral, ha comenzado a desarrollar sentimientos de frustración al no verse estimulada profesionalmente. También vale puntualizar que a diferencia de la variable de edad aquí se toma en cuenta que la persona es eficaz en su labor debido a su gran experiencia, pero su estado emocional es el que se ha visto afectado a causa de situaciones como el estar frustrado o agotado.

Categoría Profesional

La categoría profesional es una variable que marca diferencias de acuerdo a la obligación laboral. Cifre y cols. (2003) indican:

Los profesores universitarios, con categoría de ayudantes, que tienen como actividad orientarse a completar su formación académica pudiendo también colaborar en tareas docentes, presentan niveles altos en agotamiento y cinismo, además este académico se puede caracterizar por tener una alta carga laboral. (p. 7)

Por consiguiente se puede comprender, que el puesto de trabajo es un elemento a tomar en cuenta para identificar el nivel de carga laboral al que está sometido el individuo. Ya que por

ejemplo en el caso de la profesional de enfermería, la misma tiene que estar pendiente de muchos requerimientos o emergencias que se puedan presentar en los pacientes.

1.8.3. Variables de personalidad

En relación a este grupo se denotan las siguientes variables: Personalidad tipo A, Personalidad Resistente, Locus de control y Estilos de atribución, y Variables de personalidad del “self” (Autoconfianza, Autoestima y Autoeficacia).

Personalidad Tipo A

Este patrón de personalidad, se basa principalmente en que este tipo de individuos reaccionan son impacientes y competitivos. Robbins y Judge (2009) indican: “un individuo con personalidad Tipo A se involucra en una lucha incesante y crónica para lograr más y más en cada vez menos tiempo y, si se requiere, contra los esfuerzos en oposición de otras cosas o personas” (p. 114). Tomando en cuenta esta citación, se puede identificar que estos individuos tienden a caracterizarse por ser impacientes, hostiles y agresivos. Estas características pueden servir a corto plazo para un rendimiento adecuado, sin embargo a largo plazo si la persona no logro conseguir sus u objetivos laborales, comenzar a desarrollar de manera paulatina lo que es el SQT,

Personalidad resistente

En la *personalidad resistente*, la persona presenta como principales características el hecho de ser más comprometido, de tener mayor control, de sentir predispuesto a poder hacer frente a los distintos retos que se le presentan en la vida. “Por otro lado, el constructo de *personalidad resistente* ha estado ligado al campo de la salud” (Kobasa, 1979, p. 3). Por lo

que se ha relacionado a este tipo de personalidad, como aquella que cumple una función protectora para la salud del individuo, esto tanto en el ámbito físico como psicológico.

La *personalidad resistente*, es más efectiva cuando la persona tiene además el apoyo social de su círculo, ya sea de amistades, compañeros de trabajo y familia. Kobasa, Maddi y Kahn (1993) señalan: “los estilos de afrontamiento más utilizados son las estrategias de buscar ayuda profesional y espiritual” (p. 2). Razón por la que los individuos con una puntuación elevada en personalidad resistente pueden reducir los efectos de los elementos estresores, empleando para esto estrategias de afrontamiento o de adaptación.

Locus de control y Estilos de atribución.

Existen dos tipos de locus de control, primero está el *locus de control interno*, que se enfoca en la ideología de que las situaciones que suceden en la vida del sujeto son resultado de las decisiones del mismo. Luego está el *locus de control externo*, este concepto se basa en la creencia de que los eventos que pasan en la vida del individuo son producto de fuerzas externas a él, como el azar, el destino, la suerte o el poder de los demás.

Los profesionales con un Locus de control externo son más propensos a padecer Síndrome de *Burnout* que aquellos profesionales que tienen un Locus de control interno, según diferentes estudios, es decir, cuanto menos control cree tener el individuo sobre la situación, mayores posibilidades para que aparezca el síndrome, fundamentalmente ante situaciones ambiguas, difíciles o novedosas, en las que la persona cree tener poca o ninguna posibilidad de controlar. (Revicki y May, 1983, p. 157)

De manera que un individuo que piensa que los obstáculos laborales son producto de las acciones de los compañeros del trabajo o de las decisiones del jefe, estará en un estado de tensión continua acarreando sentimientos de *baja realización personal*, luego de *agotamiento emocional*, y finalmente de *despersonalización*.

Por otro lado, están los estilos de atribución que haga la persona con respecto a los obstáculos laborales. Haack (1988) afirma:

Los sujetos que atribuían las causas del estrés que sentían a sus características personales, experimentaban significativamente más *realización personal* en el trabajo. Sin embargo, cuando la causa del estrés se sitúa en el entorno, sólo experimentaban significativamente mayores sentimientos de *cansancio emocional*, y si la causa del estrés se depositaba en los pacientes, experimentaban más *cansancio emocional* y más *despersonalización*. (p. 157)

De manera que el individuo que se atribuye a sí mismo los inconvenientes laborales, se enfocara en mejores estrategias de afrontamiento, como lo es la búsqueda de apoyo social. Por el contrario, de ser que el sujeto atribuye la problemática a su entorno o demás compañeros del trabajo, entonces el mismo utilizará estrategias de afrontamiento erróneas, dentro de las cuáles estaría el hecho de optar por la *despersonalización* con la finalidad de alejarse de alguna forma del problema.

Variables de personalidad del “self” (Autoconfianza, Autoestima y Autoeficacia).

- Autoconfianza

La autoconfianza, es cuando el sujeto se desenvuelve de forma segura en la realización de distintas actividades, denotando de esta manera la confianza que el mismo posee en sí. Naranjo (2007) afirma:

La autoconfianza se traduce en que la persona crea en sí misma y en sus propias capacidades para enfrentar distintos retos, lo que a su vez la motiva a buscar oportunidades que le permitan poner en práctica y demostrar sus competencias. (p. 13)

Razón por la que la autoconfianza favorece una buena autoestima, permitiendo que el sujeto pueda desenvolver adecuadamente dentro de su círculo social y en la realización de distintas actividades.

- Autoestima

La autoestima se refiere al aprecio o valoración que cada persona posee de sí misma. Aranda y Pando (2010) afirman: “la autoestima nos proporciona confiar en nuestros procesos de razonamiento, comprensión, elección, decisión y de acción” (p. 512). Por consiguiente, si una persona no tiene una autoestima alta, tendrá mucha dificultad en poder ser decidido y accionar en actividades que le permitan desarrollarse.

También hay que tomar en cuenta que los individuos que presentan una autoestima alta, tienden a aceptarse y respetarse, de esta forma pueden madurar adecuadamente dentro del aspecto psicológico. Musitu (1996) indica: “la autoestima es el concepto que uno tiene de sí mismo, según unas cualidades que así mismo se atribuyen” (p. 6) Este autor establece que por consiguiente el autoconcepto nace del criterio que uno mismo se atribuye, pero hay que recalcar que también proviene de la opinión que tienen las personas que nos rodean.

- Autoeficacia

La autoeficacia es una variable que tiene una función protectora sobre la salud mental, ya que la misma acciona como una barrera frente a la aparición de posibles trastornos. Bandura (1997) afirma: “el sentimiento de confianza en las propias capacidades para poder manejar de forma adecuada los distintos estresores vitales” (p. 1). Razón por la que al creer que se es eficaz para realizar cualquier actividad, tendremos la certeza de que podremos afrontar futuros estresores.

CAPÍTULO II:
METODOLOGÍA.

2.1. Objetivos.

Los objetivos propuestos en esta investigación son:

General:

Determinar el nivel de prevalencia del Burnout en los profesionales de la salud (médicos y enfermeros/as) pertenecientes a una institución pública y privada del centro de la ciudad de Loja.

Específicos

Determinar el grado de salud mental que presentan los médicos y enfermeros/as, referentes a instituciones públicas y privadas de la ciudad de Loja.

Conocer las formas de afrontamiento más relevantes que utilizan los profesionales de la salud (médicos y enfermeros/as) concernientes a la ciudad de Loja.

Identificar el tipo de apoyo social que reciben los médicos y enfermeros/as de la ciudad de Loja, mediante su red social.

Identificar los rasgos de personalidad de los profesionales de salud (médicos y enfermeros/as) que laboran en instituciones sanitarias de la ciudad de Loja.

2.2. Preguntas de Investigación.

¿Cuál es el grado de salud mental, que presentan los profesionales que laboran en instituciones sanitarias de la ciudad de Loja?

¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento más empleadas por los médicos y enfermeros/as pertenecientes a la ciudad de Loja?

¿Cuál es el tipo de apoyo social predominante en los profesionales de salud (médicos y enfermeros/as) de la ciudad de Loja?

¿Qué rasgos de la personalidad resaltan en los médicos y enfermeros/as concernientes a la ciudad de Loja?

2.3. Contexto.

El contexto que se abordó en esta investigación fueron instituciones públicas y privadas, donde prestan sus servicios los profesionales de salud tales como: médicos y enfermeros/as. Dentro de las instituciones que brindaron la predisposición para realizar la aplicación de los instrumentos, está en primer lugar un centro de salud pública, el cual consta de distintas plantas de servicio donde se ofrece atención en especialidades como: cardiología, dermatología, odontología, traumatología, psicología clínica, nutrición y dietética, cirugía general, rayos x y pediatría. Así mismo cuenta con un departamento administrativo donde se organizan las citas médicas. También está el área de hospitalización, donde el personal de enfermería se encarga de velar por la salud de los pacientes. Además, el hospital consta de una farmacia bien equipada en donde se entrega la respectiva medicación a los usuarios.

Para completar la muestra, también se contó con la predisposición de un centro de salud privado, que brindó las facilidades para poder aplicar los instrumentos. Este establecimiento consta de distintas áreas de atención tales como: endocrinología, ortopedia y traumatología, neurocirugía, ginecología-obstetra, urología, otorrinolaringología, cirugía general y pediatría. Además cuenta con equipos modernos para las respectivas labores de atención

Finalmente vale recalcar que hubo el apoyo brindado por profesionales pertenecientes a otras instituciones. Esto se debió a que faltaban personas para completar la muestra requerida para la investigación. Por lo tanto tras el acercamiento individual ante cada uno de estos profesionales sanitarios, se pudo aplicar los distintos instrumentos.

2.4. Diseño de investigación.

La respectiva investigación se destaca por tener las siguientes características:

No experimental: ya que se analiza la situación en su entorno habitual. “Estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que solo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos” (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p.149).

Descriptiva: debido a que se recolecta información sobre un determinado elemento. “Busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población” (Hernández et al., 2010, p.80).

Cuantitativa: porque se genera información numérica. “Usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías” (Hernández et al., 2010, p.4).

Transeccional (transversal): debido que se analiza el estado de distintas variables en un determinado tiempo. “Investigaciones que recopilan datos en un momento único” (Hernández et al., 2010, p.151).

2.5. Población y Muestra.

Población: Médicos y enfermeros/as del Ecuador en ejercicio profesional.

Muestra: 20 médicos y 20 enfermeros/as de la ciudad de Loja.

Participantes

Criterios de inclusión

- a. Médicos y enfermeros/as con un mínimo de 4 años de experiencia profesional.
- b. Médicos y enfermeros/as de hasta un máximo de 65 años de edad.
- c. Profesionales de la salud pertenecientes a la ciudad de Loja o su provincia.
- d. Profesionales pertenecientes a instituciones particulares o públicas.

Criterios de Exclusión

- a. Profesionales de la salud pertenecientes a otras provincias.
- b. Médicos y enfermeros/as mayores de 65 años.
- c. Médicos y enfermeros/as con menos de 4 años de experiencia profesional.

2.6. Métodos

Métodos

En la respectiva investigación se ha llevado a cabo la utilización de los siguientes métodos:

Método descriptivo: permite explicar y analizar la información obtenida en relación al grado de prevalencia del síndrome de burnout en los profesionales de la salud.

Método analítico – sintético: a través del mismo se explica la relación entre varios elementos, que inciden en una misma situación o condición.

Método inductivo y deductivo: ya que se puede configurar el conocimiento obtenido y a partir de esto, se podrá generalizar de forma lógica los datos empíricos relacionados con la prevalencia o no del síndrome de burnout.

Método estadístico: debido a que se organiza la información recolectada, mediante los instrumentos pertinentes.

2.7. Procedimiento.

Fase 1: Inicio.

Para desarrollar la presente investigación se procedió mediante la lectura a comprender las distintas temáticas en torno a las definiciones, causas y modelos explicativos del síndrome de burnout. Esta información fue obtenida de diversas fuentes de información, tales como: libros, investigaciones, textos digitales, entre otros.

Luego para el trabajo de campo, se necesitó contar con un documento de solicitud firmado por las autoridades de la carrera de psicología. En el mismo se pedía a los directores o gerentes administrativos, el poder contar con la predisposición para realizar la aplicación de los instrumentos.

Fase 2: Aprobación de centros de investigación.

Centro de Salud Pública.

En primera instancia hubo el acercamiento a un centro de salud pública localizado en la región central de la ciudad de Loja. Ahí se habló con el director, sobre la investigación que se quería llevar a cabo. Fue así que de forma favorable, el director procedió a firmar la solicitud para autorizar la aplicación de instrumentos a los médicos y enfermeros/as.

Centro de Salud Privada.

Tomando en cuenta que faltaba personal para cumplir con la muestra necesaria. Hubo la necesidad de acudir a otro centro, en este caso un centro de salud privada. Después de informar a la gerente encargada acerca de la investigación que se quería realizar, ella procedió a autorizar la respectiva solicitud, para así poder realizar la aplicación de instrumentos. Solamente que se me solicitó, que deje los instrumentos al personal de salud para que en su tiempo libre los mismos puedan proceder a llenarlos.

Fase 3: Aplicación de Instrumentos.

Centro de Salud Pública.

En primera instancia a las 14:00 pm del 18 de Enero del 2017, fue facilitada una sala de reuniones para poder aplicar los instrumentos a los profesionales de salud (médicos y enfermeros/as). En este caso asistieron solamente seis enfermeros/as para llenar los instrumentos de evaluación.

Posteriormente, debido a que los profesionales de salud no contaban con el tiempo necesario, se me solicitó se dejara los instrumentos a los demás profesionales para así en los siguientes días se pueda ir recolectando la información.

Fue así que el día 19 de Enero del 2017, se recibió tres instrumentos más que habían sido llenados por dos médicos y una enfermera. Posteriormente el día 22 de Enero, se recolectó

dos instrumentos más de parte de dos enfermeras. Después el 27 de Enero, se recogió tres instrumentos de tres médicos. Por último, el día 12 de Febrero se obtuvo tres instrumentos correspondientes a un médico y a dos enfermeros.

Centro de Salud Privada.

El día 25 de Enero del 2017, se acudió al centro de salud para verificar si el personal de salud ya había llenado los instrumentos. Esto debido a que se me solicitó en una primera instancia que dejara los instrumentos, para así no interrumpir la labor profesional del personal. De esta manera, se pudo recolectar la información de tres médicos y dos enfermeras. Sin embargo debido a que algunos de ellos no cumplían con el criterio de inclusión de 4 años de experiencia profesional, solo fueron factibles dos instrumentos.

Profesionales de Salud Individuales.

Dado a que faltaban profesionales para completar la muestra, se tuvo que recurrir de forma directa e individual donde otros profesionales de salud (médicos y enfermeros/as). Esto se realizó en distintas fechas que abarcan finales de Enero hasta comienzos de Marzo. Fue así que en Enero se recolectó información proveniente de cuatro médicos. Luego en Febrero se recolectó los instrumentos resueltos, de siete médicos y ocho enfermeros/as. Finalmente el 3 de Marzo del 2017, se pudo contar con el último instrumento de evaluación, el mismo que fue desarrollado por un médico. Dado por finalizado el proceso de recolección de información.

Fase 4: Análisis de datos.

Una vez recolectada la información, se procedió a ingresar la misma en la matriz. Luego del proceso de tabulación se pudo contar con las tablas de información en relación a las distintas variables que miden los instrumentos.

Después ya contando con las distintas tablas, fue posible el elaborar el análisis de datos basándose para esto en la información más relevante de cada apartado. En último lugar, se elaboró las conclusiones y recomendaciones de los resultados obtenidos.

2.8. Recursos:

Recursos Humanos

- Estudiante que realiza la investigación.
- 20 Médicos.
- 20 Enfermeras.

Instituciones

- Centro de Salud Pública.
- Centro de Salud Privado.

Materiales

- Instrumentos de investigación (cuestionario sociodemográfico, cuestionario MBI, cuestionario de salud general GHQ-28, cuestionario de afrontamiento BIREF-COPE, cuestionario de apoyo social, cuestionario de personalidad EPQR-A).
- Computadora.
- Esferos.
- Correctores.
- Lápiz.
- Grapadora.
- Servicio de movilización (transporte).
- Copias.

Presupuesto

- Total: 42 dólares.

2.9. Instrumentos.

Cuestionario Sociodemográfico Ad-Hoc.

Es un instrumento de evaluación, que consta de 22 ítems. Este consta de información sobre variables sociodemográficas y laborales de profesionales de la salud, utilizando opciones de respuesta corta. La información recolectada hace referencia a: género, edad, ciudad de trabajo, zona de trabajo, etnia, estado civil, número de hijos, remuneración, profesión, años de experiencia profesional, tipo de trabajo, sector de trabajo, tipo de contrato, horas de trabajo y número de pacientes.

Cuestionario de MBI (Inventario de Burnout)

A través de este instrumento, se evalúa la presencia o no del síndrome de burnout en el sujeto. Este cuestionario consta de 22 ítems, mediante los cuales se identifica información sobre algunas variables, como: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. La respuesta a elegir en cada pregunta consta de 6 opciones: nunca, alguna vez al año o menos, una vez al mes o menos, algunas veces al mes, una vez a la semana, varias veces a la semana y diariamente.

Cuestionario de Salud General (GHQ-28)

Mediante este cuestionario se evalúa el estado de salud general del individuo, tomando en cuenta distintas variables como: síntomas somáticos, ansiedad, disfunción social y depresión. Este instrumento está conformado por 28 ítems, a través de los cuales se registra información sobre aspectos como: la incapacidad para llevar a cabo funciones saludables normales y la aparición de nuevos fenómenos de malestar psíquico. La respuesta es de 4 opciones.

Cuestionario de Afrontamiento (BRIEF – COPE)

Este instrumento consta de 28 ítems, mediante los cuales se evalúa las estrategias de afrontamiento que utiliza el individuo ante los problemas que se le presentan en la vida diaria. Las variables que se consideran para determinar la información son las siguientes:

auto distracción, afrontamiento activo, negación, uso de sustancias, uso de apoyo emocional, uso de apoyo instrumental, retirada de comportamiento, desahogo, replanteamiento positivo, planificación, humor, aceptación, religión, y culpa de sí mismo. La respuesta a elegir es de 4 opciones: no he estado haciendo esto en lo absoluto, he estado haciendo esto un poco, he estado haciendo esto bastante y he estado haciendo esto mucho.

Cuestionario de Apoyo Social (AP)

Mediante este cuestionario se evalúa el tipo de apoyo social, del cual dispone la persona. Las variables que se emplean, son: apoyo emocional, apoyo instrumental, relaciones sociales, amor y cariño. Este instrumento consta de 20 ítems en donde las respuestas a seleccionar son de 5 opciones: nunca, pocas veces, algunas veces, la mayoría de veces y siempre.

Cuestionario de Personalidad (EPQR-A)

Este instrumento evalúa los rasgos de personalidad del sujeto. Consta de 24 ítems y las variables que toma en cuenta, son: neuroticismo, extroversión y psicoticismo. En el apartado de respuestas consta de 2 opciones: sí y no.

CAPÍTULO III:
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.

Análisis de Datos.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los profesionales de la salud

VARIABLES	Médico		Enfermeras	
	n	%	n	%
Sexo				
Hombre	16.0	80.0	7.0	35.0
Mujer	4.0	20.0	13.0	65.0
Total. de profesionales de la salud	20.0	50.0	20.0	50.0
Edad				
<i>M</i>	50.4		45.9	
<i>DT</i>	9.9		9.2	
Max	63.0		58.0	
Min	28.0		26.0	
Número de hijos/as				
<i>M</i>	2.6		2.0	
<i>DT</i>	1.3		1.2	
Max	5.0		4.0	
Min	0.0		0.0	
Etnia				
Mestizo/a	19.0	95.0	20.0	100.0
Blanco/a	1.0	5.0	0.0	0.0
Afroecuatoriano/a	0.0	0.0	0.0	0.0
Indígena	0.0	0.0	0.0	0.0
Estado civil				
Soltero/a	1.0	5.0	4.0	20.0
Casado/a	16.0	80.0	13.0	65.0
Viudo/a	1.0	5.0	1.0	5.0
Divorciado/a	2.0	10.0	2.0	10.0
Unión libre	0.0	0.0	0.0	0.0

Fuente: Cuestionario sociodemográfico AD HOC

Elaborado por: Aguirre Encalada Hans Mauricio

En relación a los datos obtenidos en la tabla 1, se puede constatar que hubo una mayor participación por parte de hombres con un 80%, mientras que las mujeres correspondieron al 20% restante. Por otro lado en el caso de los profesionales de enfermería, existió un mayor número de mujeres correspondiendo a un 65 %, mientras que en los hombres fue de un 35 %. El total de participantes es del 50% de médicos/as y 50% enfermeros/as; la edad promedio de los/as médicos/as es de 50.4 años; mientras que en los/as enfermeros/as la edad promedio es de 45.9 años. Con respecto al número de hijos, en el caso de los/as médicos/as, el promedio es de 2.6; en el caso de los/as enfermeros/as es de 2.0. La etnia que predomina en los participantes, es la mestiza, con un 95% en médicos/as y 100% en enfermeros/as. Finalmente en estado civil, 80% de los/as médicos/as son casados, y 65% de los/as enfermeros/as, también lo son.

Tabla 2. Características laborales de los profesionales de la salud

VARIABLES	Médico		Enfermeras	
	n	%	n	%
Ingresos mensuales				
0 a 1000	2.0	10.0	8.0	40.0
1001 a 2000	9.0	45.0	11.0	55.0
2001 a 3000	6.0	30.0	1.0	5.0
3001 a 4000	2.0	10.0	0.0	0.0
4001 a 5000	0.0	0.0	0.0	0.0
5001 a 6000	1.0	5.0	0.0	0.0
Experiencia profesional				
<i>M</i>	22.6		20.6	
<i>DT</i>	10.4		7.9	
Max	37.0		35.0	
Min	4.0		5.0	
Sector en el que trabaja				
Público	7.0	35.0	16.0	80.0
Privado	6.0	30.0	3.0	15.0
Ambos	7.0	35.0	1.0	5.0
Tipo de contrato				
Eventual	0.0	0.0	2.0	10.0
Ocasional	2.0	10.0	2.0	10.0
Plazo fijo	2.0	10.0	2.0	10.0
Nombramiento	11.0	55.0	12.0	60.0
Servicios profesionales	5.0	25.0	1.0	5.0
Ninguno	0.0	0.0	1.0	5.0
Horas diarias de trabajo				
<i>M</i>	8.9		8.1	
<i>DT</i>	1.6		1.0	
Max	12.0		12.0	
Min	6.0		6.0	
Nº de pacientes/día				
<i>M</i>	13.3		11.6	
<i>DT</i>	10.2		7.3	
Max	40.0		30.0	
Min	3.0		2.0	
Recursos Institucionales				
Totalmente	9.0	45.0	3.0	15.0
Mediadamente	7.0	35.0	12.0	60.0
Poco	4.0	20.0	5.0	25.0
Nada	0.0	0.0	0.0	0.0
Turnos				
Si	7.0	35.0	8.0	40.0
No	13.0	65.0	12.0	60.0

Fuente: Cuestionario de variables laborales AD HOC

Elaborado por: Aguirre Encalada Hans Mauricio

Luego en la tabla 2, con respecto a las características laborales de los profesionales de la salud, se pudo identificar los ingresos mensuales que predominan en ambos grupos, tanto en médicos como enfermeros/as el valor oscila de entre 1001 a 2000 dólares, siendo para los médicos/as del 45% y para las enfermeros/as el 55%. En la experiencia profesional, el personal médico obtuvo una media de 22.6 años y en el caso de los/as enfermeros/as el valor fue de 20.6 años. En relación al sector de trabajo, los médicos tienden a laborar en un 35% en el sector público y en otro 35% en ambos sectores; por otro lado los enfermeros/as laboran de forma predominante en el sector público, correspondiendo al 80%. El tipo de contrato que sobresalió es el de nombramiento, con un 55% para los médicos y un 60% para los enfermeros/as. Por otro lado en el caso de las horas diarias de trabajo se evidencia una media de 8.9 horas para los médicos/as y 8.1 horas para los enfermeros/as. El número de pacientes que atienden los médicos en un día, es de 13.3 en promedio; en el caso de los enfermeros/as en cambio es de 11.6. En referencia a los recursos que brinda la institución para la atención, se obtuvo que en el caso de los médicos/as, a un 45% les proveen totalmente de recursos para su labor. Por otra parte un 60% de enfermeros/as, manifiesta que las instituciones medianamente les proveen de recursos para su labor profesional. Finalmente en el apartado de turnos, se determina que en un 65% los médicos no tienden a rotar en turnos dentro de su labor profesional, en el caso de los enfermeros/as se percibe que en un 60% tampoco rotan.

Tabla 3. Percepción del clima laboral de los profesionales de la salud.

		Profesión			
		Médico		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
¿Cuán valorado se siente por sus pacientes?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	0	0.0%	4	20.0%
	Bastante	8	40.0%	9	45.0%
	Totalmente	12	60.0%	7	35.0%
¿Cuán valorado se siente por los familiares de los pacientes?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	1	5.0%	4	20.0%
	Bastante	10	50.0%	11	55.0%
	Totalmente	9	45.0%	5	25.0%
¿Cuán valorado se siente por sus compañeros de profesión?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	3	15.0%	6	30.0%
	Bastante	8	40.0%	9	45.0%
	Totalmente	9	45.0%	5	25.0%
¿Cuán valorado se siente por los directivos la institución?	Nada	1	5.0%	2	10.0%
	Poco	4	20.0%	6	30.0%
	Bastante	6	30.0%	11	55.0%
	Totalmente	9	45.0%	1	5.0%
¿Está satisfecho con el trabajo que realiza?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	2	10.0%	1	5.0%
	Bastante	7	35.0%	3	15.0%
	Totalmente	11	55.0%	16	80.0%
¿Está satisfecho en su interacción con los pacientes?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	0	0.0%	0	0.0%
	Bastante	6	30.0%	6	30.0%
	Totalmente	14	70.0%	14	70.0%
¿Está satisfecho con el apoyo brindado por parte de los directivos de la institución?	Nada	3	15.0%	0	0.0%
	Poco	4	20.0%	6	30.0%
	Bastante	5	25.0%	12	60.0%
	Totalmente	8	40.0%	2	10.0%
¿Está satisfecho con la colaboración entre compañeros de trabajo?	Nada	1	5.0%	0	0.0%
	Poco	1	5.0%	8	40.0%
	Bastante	9	45.0%	9	45.0%
	Totalmente	9	45.0%	3	15.0%
¿Está satisfecho con la valoración global de su experiencia profesional?	Nada	1	5.0%	0	0.0%
	Poco	0	0.0%	1	5.0%
	Bastante	5	25.0%	11	55.0%
	Totalmente	14	70.0%	8	40.0%
¿Está satisfecho con su situación económica?	Nada	1	5.0%	0	0.0%
	Poco	3	15.0%	8	40.0%
	Bastante	7	35.0%	11	55.0%
	Totalmente	9	45.0%	1	5.0%

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y clima laboral AD HOC
Elaborado por: Aguirre Encalada Hans Mauricio

En la tabla 3, se pudo determinar que la percepción que tienen los médicos sobre la valoración que reciben de sus pacientes llega a un valor del 60%, en totalmente. Por otro lado en la valoración por parte de los familiares de los pacientes, se ha percibido que un 50% se siente bastante valorado por estos. Posteriormente, se identifica que un 45% de los médicos, se siente totalmente valorado por sus compañeros de trabajo. En un 45% se sienten totalmente valorados por los directivos. Luego en relación a la satisfacción de la labor, un 55% incide en estar totalmente satisfecho. Después en correlación a la interacción con los pacientes, un 70% manifiesta estar totalmente augustos con la misma. El 40% de los médicos, están totalmente satisfechos con el apoyo brindado por parte de los directivos. El 45% de los médicos están bastante satisfechos por la colaboración de sus colegas, así mismo otro 45% en cambio está totalmente satisfecho. En otro aspecto, un 70% por ciento está totalmente satisfecho por su experiencia profesional en su labor. Finalmente sobre la situación económica se identifica que un 45% está totalmente satisfecho.

En los enfermeros/as en un porcentaje del 45%, éstos identifican que reciben bastante valoración por parte de sus pacientes. Así mismo se puede percibir que los enfermeros/as en un 55%, se sienten bastante valorados por parte de los familiares de los pacientes. Después se identifica que un 45% de enfermeros/as se siente bastante valorado por sus compañeros de profesión. Un 55% de enfermeros/as se sienten bastante valorados por los directivos de la institución en donde laboran. En otro aspecto se identifica que un 80% de enfermeros/as se encuentra totalmente satisfecho con su labor profesional. Posteriormente se puede percibir que un 70% de enfermeros/as se encuentran totalmente satisfechos con la interacción que tienen con sus pacientes. Un 60% de enfermeros/as identifican que reciben bastante apoyo por parte de los directivos de la institución en donde laboran. En otra situación, se puede reconocer que un 45% de los enfermeros/as están bastante satisfechos con la colaboración brindada por parte de sus compañeros de trabajo. Otro aspecto es el hecho de que el 55% de enfermeros/as se sienten bastante satisfechos con la experiencia laboral alcanzada. Finalmente un 55% de los enfermeros/as se sienten bastante satisfechos con su situación económica.

Tabla 4. Resultados de las dimensiones del burnout en los profesionales de la salud

		Profesión			
		Médico		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
Agotamiento emocional	Bajo	13	65.0%	14	70.0%
	Medio	2	10.0%	5	25.0%
	Alto	5	25.0%	1	5.0%
Despersonalización	Bajo	14	70.0%	11	55.0%
	Medio	3	15.0%	8	40.0%
	Alto	3	15.0%	1	5.0%
Realización personal	Bajo	10	50.0%	9	45.0%
	Medio	3	15.0%	5	25.0%
	Alto	7	35.0%	6	30.0%

Fuente: Inventario de burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory [MBI]; Maslach y Jackson, 1986)

Elaborado por: Aguirre Encalada Hans Mauricio

Posteriormente en la tabla 4, que trata sobre el Inventario del Síndrome de Burnout (MBI), se puede apreciar que un 65% de médicos/as y 70% de enfermeros/as presenta un nivel bajo de agotamiento emocional. Luego se identifica que 70% de médicos/as y 55% de enfermeros/as, presentan un nivel bajo de despersonalización. Finalmente un 50% de médicos/as y un 45% de enfermeros/as presentan un nivel bajo de realización personal.

Tabla 5. Resultados de los casos de burnout en los profesionales de la salud.

		Profesión			
		Médico		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
Burnout	No presencia	18	90.0%	20	100.0%
	Presencia	2	10.0%	0	0.0%

Fuente: Inventario de burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory [MBI]; Maslach y Jackson. 1986)

Elaborado por: Aguirre Encalada Hans Mauricio

En la tabla 5 se puede identificar que existen dos casos de burnout en médicos, los cuáles a su vez representan el 10% de la muestra. Por otro lado el personal de enfermería no reporta ningún caso con la presencia del síndrome.

Tabla 6. Malestar emocional de los profesionales de la salud.

		Profesión			
		Médico		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
Síntomas somáticos	No caso	14	70.0%	14	70.0%
	Caso	6	30.0%	6	30.0%
Ansiedad	No caso	11	55.0%	13	65.0%
	Caso	9	45.0%	7	35.0%
Disfunción social	No caso	18	90.0%	20	100.0%
	Caso	2	10.0%	0	0.0%
Depresión	No caso	17	85.0%	18	90.0%
	Caso	3	15.0%	2	10.0%

Fuente: Cuestionario de Salud General (General Health Questionnaire [GHQ-28]; Goldberg y Hillier. 1979)
Elaborado por: Aguirre Encalada Hans Mauricio

La tabla 6 pone en evidencia que los síntomas somáticos y de ansiedad, fueron los que más se suscitaron en la salud general de los profesionales de salud. El 30% de los médicos/as presentan síntomas somáticos; así mismo con el 30% de enfermeros/as. Por otro lado en relación a la escala de ansiedad, se encuentra que los médicos/as la presentan ansiedad en un 45%, y los enfermeros/as en un 35%.

Tabla 7. Estrategias de afrontamiento de los profesionales de la salud.

	Profesión							
	Médico				Enfermero/a			
	M	DT	Máx.	Mín.	M	DT	Máx.	Mín.
Auto distracción	2.8	2.4	6.0	.0	.7	1.6	6.0	.0
Afrontamiento activo	3.2	2.2	6.0	.0	1.6	1.7	6.0	.0
Negación	1.7	2.3	6.0	.0	.3	.6	2.0	.0
Uso de sustancias	1.3	2.2	6.0	.0	.1	.4	2.0	.0
Apoyo emocional	1.8	2.4	6.0	.0	.3	.7	2.0	.0
Apoyo instrumental	2.1	2.2	6.0	.0	.6	1.1	4.0	.0
Retirada de comportamiento	2.0	2.3	6.0	.0	.3	.7	2.0	.0
Desahogo	2.4	2.3	6.0	.0	.6	.9	3.0	.0
Replanteamiento positivo	2.9	2.4	6.0	.0	1.2	1.6	6.0	.0
Planificación	2.6	2.4	6.0	.0	1.3	1.8	6.0	.0
Humor	1.8	2.4	6.0	.0	.6	1.0	3.0	.0
Aceptación	2.7	2.4	6.0	.0	.9	1.5	5.0	.0
Religión	2.4	2.6	6.0	.0	1.2	1.7	6.0	.0
Culpa de si mismo	2.7	2.4	6.0	.0	.6	1.0	3.0	.0

Fuente: Inventario COPE-28 (Brief COPE; Carver. 1997).

Elaborado por: Aguirre Encalada Hans Mauricio

La tabla 7 señala que dentro de las estrategias de afrontamiento, las que poseen una media más alta en los médicos son las siguientes: afrontamiento activo (3.2), replanteamiento positivo (2.9), auto distracción (2.8), aceptación (2.7) y culpa de sí mismo (2.7). Por otro lado en el caso de los enfermeros/as, las estrategias de afrontamiento más utilizadas son las siguientes: afrontamiento activo (1.6), planificación (1.3), replanteamiento positivo (1.2) y religión (1.2).

Tabla 8. Percepción del apoyo social de los profesionales de la salud.

	Profesión							
	Médico				Enfermero/a			
	M	DT	Máx.	Mín.	M	DT	Máx.	Mín.
Apoyo emocional	72.1	24.8	100.0	25.0	69.5	22.9	100.0	25.0
Apoyo instrumental	70.5	24.3	100.0	20.0	63.8	28.6	100.0	20.0
Relaciones sociales	69.8	27.6	100.0	25.0	69.0	25.9	100.0	30.0
Amor y cariño	76.8	25.0	100.0	20.0	69.7	24.5	100.0	20.0

Fuente: Cuestionario de Apoyo Social MOS (MOS Social Support Survey; Sherbourne y Steward, 1991).
Elaborado por: Aguirre Encalada Hans Mauricio

Después en la tabla 8, con respecto al apartado del apoyo social, se ha constatado que la media más alta para los médicos se encuentra en primer lugar en amor y cariño siendo 76.8. Luego se encuentra el apoyo emocional, que corresponde a 72.1. Después está el apoyo instrumental con 70.5 y finalmente las relaciones sociales con 69.8.

En los enfermeros/as la media más alta está primero en amor y cariño con 69.7; luego apoyo emocional con 69.5; después relaciones sociales con 69.0 y finalmente apoyo instrumental con 63.8.

Tabla 9. Rasgos de personalidad de los profesionales de la salud.

	Profesión							
	Médico				Enfermero/a			
	M	DT.	Máx.	Mín.	M	DT.	Máx.	Mín.
Neuroticismo	2.4	2.3	6.0	.0	1.3	1.7	5.0	.0
Extroversión	4.3	1.8	6.0	.0	4.8	1.3	6.0	2.0
Psicoticismo	1.6	1.1	3.0	.0	1.4	.8	3.0	.0

Fuente: Cuestionario de Personalidad de Eysenck Revisado-Abreviado (Eysenck Personality Questionnaire Revised-Abbreviated [EPQR-A]); Francis. Brown y Philipchalk, 1992)
Elaborado por: Aguirre Encalada Hans Mauricio

En la tabla 9 se pudo aseverar que en los médicos el rasgo de personalidad más alto es el de extroversión con un valor de 4.3. Luego está el de neuroticismo con 2.4. Finalmente está el de psicoticismo con 1.6. En el caso de los enfermeros/as primero está el de extroversión con 4.8. Después el de psicoticismo con 1.4. Finalmente el de neuroticismo con 1.3

Tabla 10. Correlaciones entre despersonalización y años de experiencia.

	Años de experiencia		
	<i>r</i>	<i>p</i>	n
Burnout	-.419**	.010	37
Agotamiento emocional	-.399*	.012	39
Despersonalización	-.331*	.037	40
Realización personal	-.226	.173	38

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la Tabla 10 se puede observar que entre años de experiencia y burnout existe una correlación muy significativa, $r(37) = -.419$, $p = .017$. Es decir, a más años de experiencia es menor la probabilidad de sufrir el síndrome de burnout. Se muestra también una correlación significativa entre años de experiencia y agotamiento emocional, $r(39) = -.399$, $p = .012$. Por lo tanto, mientras más años de experiencia cumplan los profesionales de la salud evaluados, menor será su agotamiento emocional. Por otro lado, entre años de experiencia y despersonalización existe una correlación significativa con estas variables, $r(40) = -.331$, $p = .037$. Por lo tanto, mientras más años de experiencia cumplan los profesionales de la salud evaluados, menor será su despersonalización. Cabe mencionar que no existe una correlación entre años de experiencia y realización personal.

CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN

Médicos y enfermeros/as:

Mediante el análisis del Cuestionario de MBI (Inventario de Burnout), se pudo constatar que en la muestra de médicos, dos presentaron el síndrome de burnout correspondiendo al 10% de la muestra de 20 profesionales de medicina (16 hombres y 4 mujeres). En el caso de los enfermeros/as, no se identificaron casos en la muestra de los 20 profesionales respectivos (7 hombres y 13 mujeres). Este resultado difiere levemente en comparación a otra investigación similar realizada en el país, en la ciudad de Quito, en donde se encontró una prevalencia del 13% de burnout en la muestra seleccionada del personal sanitario (López, 2012). Así mismo con relación al 11.6 % de los resultados obtenidos en una investigación realizada en España, sobre la prevalencia de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (Grau et al., 2009).

Por otro lado con respecto a las dimensiones del burnout, el 25% de la muestra de médicos presentaron un nivel alto en agotamiento emocional, en la muestra de enfermeros/as, un 5 % obtuvo un nivel alto en el mismo parámetro. Estos datos guardan relación con los obtenidos en una investigación elaborada en México, en donde se realizó una evaluación sobre la prevalencia de burnout en 119 profesionales sanitarios (58 médicos y 61 enfermeras), en la misma el 24% presentó niveles altos en la subescala de agotamiento emocional (Ortega, Ortiz y Coronel, 2007). Sin embargo en relación a otra investigación similar realizada en Perú a 54 profesionales de salud (25 médicos, 16 enfermeras y 13 técnicos de enfermería), se identificó que un 12.97% puntuó en el nivel alto de la dimensión de agotamiento emocional (Vázquez, Maruy y Verne, 2014).

En la dimensión de despersonalización, se identificó que el 15% de los médicos manifestó un nivel alto, por otra parte en el caso de los enfermeros/as el valor fue del 5% en el puntaje alto. Esto difiere en comparación a un estudio realizado en Ecuador en la ciudad de Cuenca, en donde de 15 médicos el 33.3% obtuvo un puntaje alto en esta variable, y de 15 enfermeras el 40% puntuó en nivel alto (Alvarado, 2017).

Finalmente en la dimensión de realización personal, el 50% de los médicos obtuvo un bajo nivel de la misma. Por otro lado un 45% de los enfermeros/as, puntuó en el nivel bajo de este parámetro. Este porcentaje es inferior al encontrado en una investigación similar realizada en la ciudad de Quito, en donde se evidenció que el 95% del personal sanitario (12 médicos y 14 enfermeros/as) tenía un nivel alto en esta subescala.

Es así que se confirma el resultado obtenido, mediante el sustento teórico establecido por Gil-Monte et al. (1995), en donde se afirma que el síndrome se inicia con el desarrollo de *bajos sentimientos de realización personal* en el trabajo, y paralelamente altos sentimientos de *cansancio emocional*, surgiendo las actitudes de *despersonalización* como estrategia de afrontamiento ante la experiencia crónica de las otras dos dimensiones.

Por otro lado, mediante el cuestionario sociodemográfico Ad-Hoc, se observa que en la muestra de médicos, la mayoría de participantes son de género masculino. Esta información contrasta con otros estudios sobre burnout como uno realizado en Perú, cuyo tema trata sobre la frecuencia del síndrome de burnout y los niveles de sus dimensiones en el personal de salud del servicio de emergencia de pediatría del Hospital Nacional Cayetano, aquí existieron más presencia de profesionales mujeres (Vázquez, Maruy y Verne, 2014); en otro aspecto, la edad promedio de los médicos es de 50.4 años. En el caso de los enfermeros/as la mayoría son de género femenino, y la edad promedio es de 45.9 años. Esto difiere de una investigación realizada en España, en donde se evaluó la prevalencia de burnout en 197 profesionales sanitarios de distintos centros de diálisis de toda la región de Murcia, en la misma se encontró que el promedio de edad de los mismos fue de 20 a 30 años, y se consideró que este intervalo es un periodo de sensibilización al síndrome de quemarse en el trabajo (Fernández, Fernández, Rabadán, Navalón y Martínez, 2012).

En otro aspecto en una investigación desarrollada en México, con respecto al burnout en médicos y enfermeras y su relación con el constructo de personalidad resistente, se comprobó que las mujeres eran más vulnerables al desarrollo de burnout, debido a sus implicaciones laborales y del hogar (Ortega et al ., 2007). En otra investigación se identificó que ser hombre tiene relación estadística con un nivel bajo de realización personal, esto se evidencio en un estudio realizado en Perú, en donde se identificó la frecuencia del síndrome de burnout y los niveles de sus dimensiones en una muestra de personal de salud (Vásquez et al., 2014).

El promedio de hijos es de 2.6 en los médicos y de 2.0 en los enfermeros/as, siendo este un promedio superior al 1.6 de la población del país según el Censo nacional realizado en el año 2010 (Villacís y Carrillo, 2012). Vale también resaltar que en una investigación realizada en Argentina, cuyo tema fue burnout en guardias médicas, se identificó que los médicos que tenían hijos, presentaban mayor realización personal en su trabajo que los que no (Albanesi y Nasetta, 2004). En otro aspecto está un promedio de la etnia mestiza del 95% en médicos

y del 100% en enfermeros/as, situación que coincide con otras investigaciones realizadas en el país (INEC, 2010).

Después, con relación al estado civil promedio, está que el 80% de los médicos son casados y un 65% de los enfermeros/as también lo son, esta situación se contrarresta con el promedio nacional que es del 32.5 % (INEC ,2010). En este ámbito vale recalcar que en una investigación realizada en Colombia, sobre la descripción y comparación de patrones de conducta, estrés laboral y burnout en personal sanitario, se identificó que el estar casado o en unión libre es un factor de riesgo para presentar niveles altos y medios de estrés (Corredor y Monroy, 2009).

Luego en el apartado de variables laborales, se pudo constatar que en su mayoría tanto médicos como enfermeros/as reciben un salario entre 1001 a 2000 dólares, lo que concuerda con el salario promedio de 1046.3 dólares del sector urbano a nivel nacional (ENIGHUR, 2011-2012). En experiencia laboral existe una media de 22.6 años en médicos y de 20.6 en enfermeros/as, esto es mayor al promedio de 16 años identificado en un estudio desarrollado en España, cuyo tema trata sobre la influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de Burnout en el personal sanitario hispanoamericano y español (Grau et al., 2009). Un 35% de los médicos trabaja en el sector público, y otro 35% en ambos (público y privado), situación que difiere con el hecho de que el 33% de la población nacional trabaja más en el sector privado (INEC, 2010). Un 80% de enfermeros/as laboran en el sector público.

Aquí se evidencia de forma preferente que al existir una experiencia laboral de 22.6 y 20.6 años respectivamente, el sujeto ya cuenta con mecanismos de afrontamiento y de adaptación ante las presiones y demandas laborales. Esto podría ser la razón de la baja cantidad de médicos con la presencia de burnout. Ya que por ejemplo en una investigación realizada en Colombia cuyo tema fue sobre la descripción y comparación de patrones de conducta, estrés laboral y burnout en personal sanitario, se afirmó que los trabajadores más jóvenes aún no poseen una capacidad de afrontamiento para manejar el estrés, concluyéndose finalmente que estos poseen más estrés que sus colegas más experimentados (Corredor y Monroy, 2009).

En otro ámbito, existen más contratos por nombramiento con un 55% en los médicos, y un 60% de los enfermeros/as. Las horas de labor promedio son 8.9 en los médicos, y 8.1 en los enfermeros/as, información que está relativamente acorde a las 8 horas diarias de labor, dispuestas por el Ministerios de Relaciones Laborales (Resolución MRL-2011-000033). El número de pacientes que atienden es de 13.3 en médicos y 11.6 en enfermeros/as, el 45%

de los médicos manifiesta que las instituciones les proveen totalmente de recursos, en los enfermeros/as el 60% ostenta que las mismas lo hacen medianamente. Finalmente el 65% de los médicos no trabaja en turnos, y un 60% de los enfermeros/as tampoco lo hace. Con relación al trabajo por turnos, en una investigación realizada en Chile cuyo tema fue sobre el burnout y el apoyo social en personal del servicio de psiquiatría de un hospital público, se encontró que el trabajo por turnos predispone al sujeto a la despersonalización, la cual es una dimensión que prescribe para el desarrollo de burnout (Avendaño, Bustos, Espinoza, García y Pierart, 2009). En otro estudio realizado en México sobre aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout, se encontró un nivel de burnout más alto entre quienes tienen un mayor número de enfermos a cargo, permanecen más tiempo interactuando con ellos y tienen un horario más prolongado (Atance, 1997).

En la percepción del clima laboral del mismo cuestionario, se identifica que la mayoría de médicos y enfermeros/as, se encuentran agustos con la interacción con sus pacientes y compañeros de trabajo. También existe una valoración alta sobre la satisfacción laboral y la situación económica alcanzada. De esta forma, el apoyo social que existe en el medio laboral, permite que el sujeto pueda sentirse realizado, contando con mejores herramientas socioambientales como medio de protección contra el desarrollo del burnout. Esto también fue comprobado en una investigación realizada en Chile cuyo tema trato sobre el burnout y el apoyo social en personal del servicio de psiquiatría de un hospital público, en la misma se concluyó que en presencia de una mayor percepción de apoyo social recibido en el trabajo, ya sea de compañeros o de superiores, es menor el agotamiento emocional, la despersonalización y la baja realización personal en el trabajo (Avendaño et al., 2009).

En otro ámbito a través del cuestionario de salud general (GHQ-28), se identificó que los médicos y enfermeros/as presentan síntomas de ansiedad y somáticos. Está información está acorde a los datos obtenidos en una investigación realizada en Ecuador en la ciudad de Cuenca, cuyo tema fue sobre la identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno (Alvarado, 2017). Así mismo con relación a una investigación desarrollada en México sobre la ansiedad y depresión en médicos residentes de la especialidad en medicina familiar, en donde de una muestra de 56 médicos (41 femeninos y 15 masculinos) 23 presentaron ansiedad. Por otro lado está el apartado teórico de Martínez (2010), el cual indica que el trabajo de tareas fragmentadas y repetitivas (operarios industriales) se ha asocia con insatisfacción, ansiedad, y problemas somáticos.

También concluye que el control industrial y las tareas de control demandan continua atención y son potencialmente estresantes. Por lo tanto, se puede constatar que las tareas repetitivas de atención y cuidado permanente a los pacientes, actúan como un factor de estrés que el profesional de salud no logra manejar. Es así que termina desarrollando síntomas de ansiedad y psicosomáticos.

Estos síntomas, sobre todo el de ansiedad hace que el sujeto se predisponga más a desarrollar burnout, y más aún si cuenta con una dimensión de personalidad predominante de neuroticismo. Esto ha sido identificado en un estudio realizados en Estados Unidos, en donde basándose en un análisis consensuado de varias investigaciones relacionadas con los modelos de personalidad que predisponen al burnout, llegaron a la conclusión de que aquellos sujetos con puntuaciones más altas en neuroticismo eran más propensos a experimentar burnout (Swider y Zimmerman, 2010).

En el inventario COPE-28, se identifica preferentemente que los médicos utilizan el afrontamiento activo y el replanteamiento positivo como estrategias de afrontamiento. Es decir cuando el sujeto presenta una amenaza del ambiente circundante, él mismo actúa de forma activa en la resolución de problemas, utilizando una reestructuración del conflicto enfocándose en los puntos positivos. En el caso de los enfermeros/as se utiliza en una mayor proporción el afrontamiento activo y la planificación, esto debido a la continua atención que deben brindar a los pacientes ante las emergencias presentadas. Para ello emplean el afrontamiento activo basado en su experiencia laboral, combinándolo en conjunto con una planificación procesal en la ejecución de sus tareas. Vale también resaltar, que en una investigación realizada en México que trató sobre las estrategias activas de afrontamiento, se destacó que las mismas son un factor protector ante el síndrome de burnout “o de desgaste profesional” en trabajadores de la salud, ya que funcionan como un factor protector contra el desarrollo del burnout (Cruz et al., 2010).

Mediante el cuestionario de apoyo social MOS, se percibe que tanto los médicos como los enfermeros/as, encuentran la ayuda para resolver sus problemas recurriendo a la guía y consejo promovidos por los vínculos familiares y de la pareja. Esto se manifiesta debido a que los valores más altos en este cuestionario fueron percibidos en la subescala de amor y cariño y en la de apoyo emocional. Esto sin embargo difiere de los resultados obtenidos en otra investigación similar realizada en Ecuador, en donde los parámetros más sobresalientes fueron amor y cariño recibido, seguido del apoyo instrumental (Pico, 2012). Es así que el

apoyo social, permite contrarrestar el estrés de la vida diaria del individuo. Así lo señala en la teoría Martínez Pérez (2010), al subrayar que el apoyo social elimina los estímulos estresantes, modifica la percepción de los estresores, influye sobre las estrategias de afrontamiento y mejora el estado de ánimo, la motivación con y la autoestima de las personas.

En el cuestionario de personalidad de Eysenck, se identificó que tanto médicos como enfermeros/as presentan en mayor medida el rasgo de extroversión. Esto guarda relación con los datos encontrados en otra investigación similar realizada en Ecuador, en donde la personalidad predominante en el personal sanitario (15 médicos y 15 enfermeras) fue la de extroversión (Valdivieso, 2012). Dentro del apartado teórico, Hernangómez y Fernández (2012) señalan que la extroversión es un componente de la personalidad que habla sobre la facilidad para el contacto y los vínculos con los demás. Es así, que en parte la razón por la que solamente existen 2 médicos con el síndrome, se debe a que la mayoría alcanzó un mayor puntaje en el rasgo de extroversión, existiendo de esta manera un menor grado de cansancio emocional. Esto se fundamenta con el apartado teórico descrito por Gil-Monte (2005) en donde se señala que cuando hay un mayor puntaje en la subescala de extroversión existirá un menor valor en la de cansancio emocional.

En segundo lugar para el caso de los médicos, está el rasgo de neuroticismo. Eysenck afirma (1990) que un individuo con alto N es: ansioso, deprimido, tenso, irracional, tímido, triste, emotivo, con baja autoestima y tiene sentimientos de culpa. Este rasgo de personalidad es el que predispone al individuo al desarrollo de burnout, por lo tanto en el caso los dos médicos que presentaron el síndrome, es en razón de una puntuación alta en este rasgo. Esto ha sido confirmado en una investigación realizada en Estados Unidos, en donde basándose en un meta análisis de varias investigaciones relacionadas con los modelos de personalidad que predisponen al burnout, llegaron a la conclusión de que aquellos sujetos con puntuaciones más altas en neuroticismo eran más propensos a experimentar burnout (Swider y Zimmerman, 2010). En segundo lugar para los enfermeros/as se encuentra el rasgo de psicoticismo.

En tercer lugar para los médicos, se encuentra el rasgo de psicoticismo, el cuál incide en una interacción poco empática, agresiva e impulsiva con las demás personas. Cano (2006) señala que los rasgos que forman parte de esta dimensión son: agresivo, frío, egocéntrico, impersonal, impulsivo, antisocial, baja empatía, creativo y rígido. Este rasgo también es punto de constancia sobre la presencia de burnout en los dos médicos de la muestra, ya que

al contar con estas características el sujeto procede de forma poco empática con mayor facilidad, promoviendo así la despersonalización. De esta manera el individuo es más propenso a desarrollar el síndrome de quemarse en el trabajo por la presencia de un valor alto en este rasgo, esto se respalda con estudios realizados en España, en relación al desgaste psíquico en el trabajo (Gil-Monte y Peiró, 1997). En tercer lugar para los enfermeros, está el rasgo de neuroticismo.

Finalmente tomando en cuenta la información obtenida, y el fundamento teórico de las distintas investigaciones con las que se correlaciona la información, se puntualiza que la experiencia es un factor fundamental para demostrar que con los años el sujeto va desarrollando más estrategias de afrontamiento y sabe cómo emplearlas para su desenvolvimiento en la vida profesional.

Ya que en este estudio se encontró que el promedio de años de experiencia fue de 20.6 a 22.6 años, situación que incide en que la mayoría de profesionales de la muestra cuentan con el desarrollo de algunas capacidades de afrontamiento para solventar los problemas presentes en el medio laboral. Esto se fundamenta con la investigación realizada en Colombia, en donde se confirmó que los trabajadores más jóvenes aún no poseen una capacidad de afrontamiento para manejar el estrés, concluyéndose finalmente que estos poseen más estrés que sus colegas más experimentados (Corredor y Monroy, 2009).

También el hecho de que solo haya dos casos de burnout en médicos, es debido a que en la mayoría de profesionales ha existido un ambiente laboral óptimo en donde ha primado la colaboración mutua entre colegas. Por otro lado, el afrontamiento activo, el replanteamiento positivo, y la planificación han sido las estrategias más utilizadas por la respectiva muestra. Esto ha favorecido el empleo de soluciones oportunas y eficaces ante los problemas laborales. El empleo de vínculos sociales como la familia, las relaciones de pareja, y las amistades, han atenuado la tensión presente en los profesionales debido a la búsqueda de soluciones de forma mutua y comprensiva.

Por lo tanto el aumento del uso de estrategias sociales optimistas en detrimento de estrategias de evitación se encuentra asociado con menores niveles de burnout y mayores niveles de engagement (Rodríguez y Rivas, 2011).

Así mismo al ser el rasgo de extroversión el más significativo en toda la muestra de profesionales de salud, entonces los mismos tienen cierto grado de protección contra el desarrollo de burnout, como lo manifiesta Gil-Monte (2005) al concluir que cuando hay un

puntaje mayor en la subescala de extraversión, existirá un menor valor en la de agotamiento emocional.

Es así que la conjunción de todos estos elementos, han permitido que la mayoría de profesionales de salud (médicos y enfermeros/as) de la muestra, cuenten con la capacidad de adaptarse y afrontar efectivamente su labor profesional en las distintas instituciones sanitarias de la ciudad de Loja.

CONCLUSIONES

Con respecto a los objetivos planteados y a las hipótesis desarrolladas, se obtiene las siguientes conclusiones del proyecto de investigación:

- Los valores obtenidos ponen en evidencia que la mayoría de profesionales de salud de la muestra, no presentan el síndrome de burnout. Esto debido a que se obtuvo puntuaciones bajas en la subescala de agotamiento emocional y de despersonalización; en cambio en realización personal se obtuvo puntuaciones altas. De esta forma, se identifica la baja incidencia del síndrome de burnout en la muestra conformada por médicos/as y enfermeros/as.
- De los 40 profesionales de salud a los que se les aplicó el cuestionario de MBI, solamente dos médicos presentaron el síndrome de burnout. Esto debido a que ambos alcanzaron puntajes altos en las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización. Y puntajes bajos en la subescala de realización personal.
- El cuestionario de salud general GHQ-28, permitió identificar que tanto los médicos como los/as enfermeros/as presentan mayor incidencia de síntomas de ansiedad y somáticos.
- En el inventario de COPE-28, se identificó que los médicos utilizan preferentemente el afrontamiento activo y el replanteamiento positivo para solventar soluciones ante los problemas que se les presentan en la labor profesional. En cambio en el caso de los enfermeros/as utilizan el afrontamiento activo y la planificación, ya que a menudo tienen que atender distintos problemas en relación a la salud de los pacientes.
- El cuestionario de apoyo social MOS, identificó que en los médicos y enfermeros/as, el apoyo emocional y amor y cariño son la base del apoyo social que reciben los profesionales de salud de la muestra. Por lo tanto, ante las adversidades los mismos recurren a sus parejas, familiares y amistades para dar solución a los problemas.
- Finalmente el cuestionario de personalidad de Eysenck, permite identificar que los dos médicos con burnout, presentan con mayor frecuencia el rasgo de psicoticismo. Esto permite comprender su predisposición hacia la despersonalización en el trato con sus pacientes y colegas, dando paso a la vulnerabilidad de padecer el desarrollo de burnout.

RECOMENDACIONES

- Es necesario ampliar el estudio del síndrome de burnout sobre otras instituciones ajenas al sector sanitario, para así tener una visión más amplia del problema que atraviesan los profesionales de los distintos sectores de trabajo y poder solventar pautas oportunas para la solución de la problemática.
- En las instituciones sanitarias, es necesario incorporar en el área de recursos humanos, a un profesional en psicología, ya que de esta manera se contaría con el profesionalismo necesario para garantizar la estabilidad y crecimiento del personal de salud.
- Es importante que el Gobierno Nacional, haga más énfasis en la importancia de tener un ambiente laboral íntegro para el desenvolvimiento profesional. Por lo tanto, deben formular políticas laborales, en donde los profesionales del área de recursos humanos puedan velar por estrategias que garanticen una continua retroalimentación de las falencias existentes, y al conocer las mismas se pueda implementar soluciones que faciliten un adecuado ambiente de trabajo.
- Es necesario que en las instituciones sanitarias, exista la implementación de programas de prevención primaria, para que el profesional de salud pueda afrontar las situaciones de estrés y así evite el desarrollo de burnout. Por otro lado, es importante la intervención para profesionales que ya padecen los síntomas de burnout.

BIBLIOGRAFÍA

- Aranda Beltrán, C. & Pando Moreno, M. (2010). Edad, síndrome de agotamiento profesional (*burnout*), apoyo social y autoestima en agentes de tránsito, México. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(3), 510-522. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-avance-resumen-edad-sindrome-agotamiento-profesional-burnout--S0034745014602225>
- Avendaño, C., Bustos, P., Espinoza, P., García, F., y Pierart, T. (2009). Burnout y Apoyo Social en Personal del Servicio de Psiquiatría de un Hospital Público. *Ciencias y Enfermería*, 15, 55-68.
- Alvarado, M. (2017). *Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, estudio realizado en un Hospital Público, ubicado en la zona sur-este de la ciudad de Cuenca, durante el año 2016-2017* (tesis de pregrado). Universidad Técnica Particular de Loja, Cuenca, Ecuador.
- Acosta, H. (2008). *Burnout y su relación con variables sociodemográficas y organizacionales en profesores universitarios chilenos*. Santiago: Universitat Jaume.
- Aguirre Roldán, A. M. & Quijano Barriga, A.M. (2015). Síndrome por quemarse en el trabajo y variables familiares y laborales de los médicos generales de Bogotá. *Revista Colombiana Psiquiátrica*, 44(4), 198-205. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/806/80643083002.pdf>
- Amutio, A., Ayestaran, S. & Smith, J. (2008). Evaluación del burnout y bienestar psicológico en los profesionales sanitarios del País Vasco. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 24 (2), 235-252. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/rpto/v24n2/v24n2a06.pdf>
- Arntz, R., & Picht, H. (1995) *Introducción a la Terminología*. Madrid: Fundación Germán Sánchez Ruipérez.
- Albanesi de Nasetta, S. y Nasetta, P. (2004). "Burnout en Guardias Médicas", ALCMEON, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, ISSN 0327-3954, Año XIV, Vol 11, Nº3, pag. 244-251.

- Atance J. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Rev. Esp. Salud Pública*, 71, 293-303.
- Armand, G., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M. & Braga, F. (2007). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. *Revista Española de Salud Pública*, 83 (2), 215-230. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/resp/v83n2/original1.pdf>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Nueva York: Freeman.
- Buunk, A.P. & Schaufeli, W.B. (1993): "Burnout: a perspective from social comparison theory". En W.B. Schaufeli, C. Maslach Y T. Marek (Eds). *Professional Burnout Recent developments in theory and research*. London: Taylor & Francis.
- Carlin, M. & Garcés, E. (2010). El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. *Anales de psicología*, 26 (1), 169-180. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v26/v26_1/20-26_1.pdf
- Cano, F (2006). *Psicólogo de la junta de Galicia*. Sevilla: Mad.
- Cañadas de la Fuente, G. A. (2012). *Medida e identificación de factores de riesgo de padecimiento del síndrome de Burnout en personal de enfermería*. [Tesis Doctoral Universidad Nacional de Educación a Distancia]. Recuperada de <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:Psicologia-Gacanadas/Documento.pdf>
- Cherniss, C. (1993). The role of professional self-efficacy in the etiology of burnout. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T.Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. UK: Taylor & Francis.
- Cox, T., Kuk, G. & Leiter, M. (1993). Burnout, health, work stress, and organizational healthiness. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research (pp. 177- 193)*. London: Taylor & Francis.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderate of live strees. En E. Daniel (1995): *Estudio del síndrome de desgaste profesional entre los médicos de un hospital general*. Tesis doctoral. Universidad de Salamanca.
- Cruz, B., Austria, F., Herrera, L., Vázquez, J., Vega, C. y Salas, J. (2010). Estrategias activas de afrontamiento: un factor protector ante el síndrome de burnout "o de desgaste profesional" en trabajadores de la salud. *Neumol Cir Torax*, 69, 137-142.

- Corredor, M., y Monroy, J (2009). Descripción y comparación de patrones de conducta, estrés laboral y burnout en personal sanitario. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 14, 109-123.
- El-Sahili, L. (2010). *Psicología Clínica: Trastornos Neurológicos, Hormonales, y Psicológicos*. Guanajuato: Universidad de Guanajuato.
- Embriaco, N., Papazian, L., Kentish-Barnes, N., Pochard, F. & Azoulay, E. (2007). Burnout syndrome among critical care healthcare workers. *Current Opinion in Critical Care*, 13, 482-488.
- Eysenck, H. J. (1990). Genetic and environmental contributions to individual differences: the three major dimensions of personality. *Journal of Personality*, 58, 245-261.
- Freudenberger, H.J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*.(pp. 159-165).
- Ferrari, S., Cuoghi, G., Mattei, G., Carra, E., Volpe, U., Jovanovic, N. & Pingani, L. (2014). Young and burnt? Italian contribution to the international BurnOut Syndrome Study (BOSS) among residents in psychiatry. *La Medicina del lavoro*, 106 , 172-185.
- Fernández, I., Fernández, M., Rabadán, R., Navalón, C., y Martínez, M. (2012). ¿Existe el síndrome de burnout en los profesionales de la salud de las unidades de hemodiálisis de la región de Murcia?. *Enferm Nefrol*, 15, 7-13.
- Gil-Monte, P. R., y Peiró, J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Gil-Monte, P. (2005a). *El síndrome de quemarse por el trabajo: una enfermedad laboral de la sociedad de bienestar*. Madrid: Pirámide.
- Gil-Monte, P. (2005b). Factorial validity of the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) among Spanish professionals. *Revista de Saúde Pública*, 39(1), 1-8.
- Gil-Monte, P. (2007). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): una perspectiva histórica. En P. Gil-Monte y B. Moreno-Jiménez (Comps.), *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): grupos profesionales de riesgo*. Madrid: Pirámide.
- Gil-Monte, P. (2008). Evaluación psicométrica del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): el cuestionario "CESQT". En J. Garrido (Comp.), *¡Maldito trabajo!* (pp. 269-291). Barcelona: Granica.

- Gil-Monte, P.R., Peiró, J.M. y Valcárcel, P. (1995). *A causal model of burnout process development: An alternative to Golembiewski and Leiter models*. Trabajo presentado en el VII Congreso Europeo sobre Trabajo y Psicología Organizacional. Győr, Hungría.
- Gil-Monte, P., Unda, S. & Sandoval, J. (2009). Validez factorial del «Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo» (CESQT) en una muestra de maestros mexicanos, *Salud Mental*, 32(3), 210 -215.
- Gil-Monte, P. R. (2011). *El síndrome de que quemarse por el trabajo (Burnout): Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide.
- Gavilán Sabiote, M. (2013). *Riesgos psicosociales: Síndrome de Burnout y Autoestima*. (Tesis de maestría, Universidad de Almería). Recuperado de <http://repositorio.ual.es:8080/jspui/bitstream/10835/3078/1/Trabajo.pdf>
- Golembiewski, R. T., Munzenrider, R. & Carter, D. (1983). Phases of progressive burnout and their work site covariants: Critical issues in OD research and praxis. *Journal of Applied Behavioral Science*, 19(4), 461-481.
- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M. & Braga, F. (2007). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. *Revista Española de Salud Pública*, 83(2), 15-30.
- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M., y Braga, F. (2009). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de Burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007). *Revista Española de Salud Pública*, 83, 215-230.
- Hernández Zamora, Z. E. (2009). Variables que intervienen en la personalidad resistente y las estrategias de afrontamiento en adultos mayores. *Liberabit*, 15 (2), 153-161. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v15n2/a09v15n2.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México D.F: McGRAW-HILL.
- Hernangómez, L. & Fernández, C. (2012). *Psicología de la personalidad y diferencial*. Madrid: CEDE.
- Harrison W.D. (1983). A social competence model burnout. En B.A. Farber (Ed.), *Stress and burnout in the human services professions*. New York: Pergamon Press.

- Haack, M. (1988). Stress and impairment among nursing students. *Research in Nursing and Health*, 11 (2), 125-134.
- Hobfoll, S.E. & Freedy, J. (1993). Conservation of resources: A general stress theory applied to burnout. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. UK: Taylor & Francis
- Hochwalder, J. (2009). Burnout among Torgersen's eight personality types. *Social Behavior and Personality: an International Journal*, 37, 467-479.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC] (2012), *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares Urbano y Rurales (2011-2012)*, Primera Versi3n formato PDF, Quito, Ecuador, Recuperado de http://www.inec.gob.ec/Enighur_/Analisis_ENIGHUR%202011-2012_rev.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC]. (2010).). *Resultados del Censo de Poblaci3n y vivienda: Resumen Metodol3gico. Fascículo nacional final*. Recuperado http://www.inec.gob.ec/cpv/descargables/fasciculo_nacional_final.pdf
- Jenaro R3o, C., Flores Robaina, N. y González Gil, F. (2007). S3ndrome de burnout y afrontamiento en trabajadores de acogimiento residencial de menores. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 107-120.
- Kobasa, S. (1979). Personality and resistance to illness. *American Journal of Community Psychology* , 7,413-423.
- Kobasa, S., Maddi, S. & Kahn, S. (1993) Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology* , 65 (1), 207
- Lee, R. T. & Ashforth, B. E. (1993). A longitudinal study of burnout among supervisors and managers: Comparisons between the Leiter and Maslach (1988) and Golembiewski et al. (1986) models. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 54(3), 369–398.
- L3pez Agrelo, V. L. (2013). *Rasgos, trastornos de personalidad y comorbilidad psiquiátrica de profesionales sanitarios con s3ndrome de burnout*. (Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid). Recuperado de <http://eprints.ucm.es/21683/1/T34525.pdf>
- L3pez, M. (2012). *Identificaci3n del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fen3meno. Estudio realizado en el Hospital Oncol3gico SOLCA,*

núcleo Quito durante el año 2012 (tesis de pregrado). Universidad Técnica Particular de Loja, Quito, Ecuador.

- Ley 62/2012 de Ministerio de Relaciones Laborales República del Ecuador. (2012, 2 de julio). *Boletín Viceministro de Relaciones Servicio Público [MRL]*, 000033, 3 de julio, 2012. Recuperado de <http://www.trabajo.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/R-0346-2012-AREA-DE-SALUD-No.3-LOJA-LOJA.pdf>

- Matteson, M. T. e Ivancevich, J. M (1987). *Controlling Work Stress : Effective resource and management strategies*. San Francisco. CA: Jossey –Bass.

- Martínez Pérez, A. (2010). *El síndrome de Burnout: Evolución Conceptual y Estado Actual de la Cuestión*. La Rioja: Vivat Academia.

- Maslach, C. & Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout, *Journal of Occupational Behavior*, 2, pp. 99-113.

- Mascarúa-Lara, E., Vásquez-Cruz, E., y Córdova-Soriano, J. (2014). Ansiedad y depresión en médicos residentes de la especialidad en Medicina Familiar. *Atención Familiar*, 21, 55-57. doi.org/10.1016/S1405-8871(16)30015-3

- Maslach , C., Sch aufeli, W. & Leiter, M. (2001). Job Burnout. *Annual Reviews*, 52, 397-422.

- Marín, H. & Paredes, M. (2002). Estudio del Síndrome de Burnout o Desgaste Profesional en los Profesores de la Universidad de los Andes. *Revista Educuer*, 17.

- Moreno, B., Oliver, C. & Aragoneses, A. (1991) *El "burnout", una forma específica de estrés laboral*, en Buela-Casal: *Manual de psicología clínica aplicada*. Madrid: Siglo XXI.

- Musitu, G. (1995). *Proyecto Autoestima-95*. Documento del autor. Universidad de Valencia.- y otros (1996): *Educación familiar y socialización de los hijos*. Barcelona: Idea Books.

- Naranjo Pereira, M. L (2007). Autoestima: un factor relevante en la vida de la persona y tema esencial del proceso educativo. *Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"*, 7(3), 1-27. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/447/44770311.pdf>

- Ortega, H., Ortiz, G., y Coronel, P. (2007). Burnout en médicos y enfermeras y su relación con el constructo de personalidad resistente. *Psicología y Salud*, 17, 5-16.

- Poghosyan, L., Clarke, S. P., Finlayson, M. & Aiken, L. H. (2010). Nurse burnout and quality of care: cross-national investigation in six countries. *Research in nursing & health*, 33, 288-298.
- Pines, A. (1993): "Burnout: An Existential Perspective". In W.B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.). *Professional burnout: recent developments in theory and research* (pp.35-51). London: Taylor & Francis.
- Pines, A., Aronson, E. y Kafry, D. (1981): "Burnout: From tedium to personal growth", en C. CHERNISS (Ed.) *Staff Burnout: Job Stress in the human services*. Nueva York: The Free Press.
- Price, D. M. & Murphy, P. A. (1984): Staff burnout in the perspective of grief theory. En Gil-Monte, P. y Peiró, J.M. (1997): *Desgaste psíquico en el trabajo*. Madrid: Síntesis.
- Pérez, J. y Martín, F. (2004). El apoyo social. *Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 3, 25-36.
- Pico, R. (2012). *Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital "Dr. Roberto Gilbert" de la ciudad de Guayaquil-Ecuador* (tesis de pregrado). Universidad Técnica Particular de Loja, Piñas, Ecuador.
- Ramos, F. (1999): *El Síndrome de Burnout*. Madrid: Klinik, S.L.
- Ramírez, M. (2015). *Burnout en profesionales de la salud del Ecuador*. (Tesis doctoral, Universidad de Santiago de Compostela). Recuperado de <https://minerva.usc.es/xmlui/handle/10347/14632>
- Robbins, P. & Judge, A. (2009). *Comportamiento Organizacional*. Naucalpan de Juárez: Pearson Educación.
- Rodríguez, R. & Hermosilla, S. (2011). Los procesos de estrés laboral y desgaste profesional (burnout): diferenciación, actualización y líneas de intervención. *Med Segur Trab*, 1, 1-262. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v57s1/actualizacion4.pdf>
- Rodríguez, R. & Rivas, S. (2011). Los procesos de estrés laboral y desgaste profesional (burnout): diferenciación, actualización y líneas de intervención. *Med Segur Trab*, 57, 1-262. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v57s1/actualizacion4.pdf>

- Ríos Rísquez, M.I, Sánchez Meca, J. & Godoy Fernández, C. (2010). Personalidad resistente, autoeficacia y estado general de salud en profesionales de Enfermería de cuidados intensivos y urgencias. *Psicothema*, 22(4), 600-605. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3773.pdf>
- Revicki, D. & May, H. (1983). Development and validation of the Psysician Stress Inventory. *Family Practice Research Journal*, 2 (4), 211-225.
- Schaufeli, W.B, Leiter, M.P., Maslach, C. & Jackson, S. E. (1996). The Maslach Burnout Inventory: General Survey (MBI-GS). En C. Maslach, S.E. Jackson, M.P Leiter (Eds.), *Maslach Burnout Inventory Manual* (pp. 19-26). 30 ed. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Salanova, M., Llorens, S., Cifre, E., Martínez, I.M. & Schaufeli, W.B. (2003). Perceived Collective Efficacy, Subjective Well-Being and Task Performance among Electronic Work Groups: An Experimental Study. *Small Group Research*, 34, 43-73.
- Stimpfel, A. W., Sloane, D. M., y Aiken, L. H. (2012). The longer the shifts for hospital nurses, the higher the levels of burnout and patient dissatisfaction. *Health Affairs*, 31, 2501-2509.
- Swider, B. W., y Zimmerman, R. D. (2010). Born to burnout: A meta-analytic path model of personality, job burnout, and work outcomes. *Journal of Vocational Behavior*, 76, 487-506.
- Thompson, M. S., Page, S. L. & Cooper, C. L. (1993). A test of Caver and Scheier's self-control model of stress in exploring burnout among mental health nurses. *Stress Medicine*, 9, 221-235
- Valdivieso, F. (2012). *Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno en el Hospital "Isidro Ayora" de Loja, durante el año 2012* (tesis de pregrado). Universidad Técnica Particular de Loja, Loja, Ecuador.
- Villacís, B., y Carrillo, D. (2012). País atrevido: la nueva cara sociodemográfica del Ecuador. *Edición especial revista Analitika. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC)*, p.12.
- Vásquez, J. F., Maruy-Saito, A., y Verne-Martin, E. (2014). Frecuencia del síndrome de burnout y niveles de sus dimensiones en el personal de salud del servicio de emergencia de pediatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia en el año 2014: Lima, Perú. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 77, 168-174.

- Winnubst, J.A.M (1993). Burnout, social support and organizational structure. In W.B Schaufeli, T. Marek, & C. Maslach (Eds.), *Professional burnout. Recent developments in theory and research*. Washington: Hemisphere.

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El/la abajo firmante, declara conocer el Proyecto “Burnout en profesionales del Ecuador” y acepta que para que se pueda llevar a cabo el mismo, se hace necesaria la recolección de algunos datos concernientes a su estado actual.

Por lo que, libre y voluntariamente, consciente en participar en el proyecto detallado, colaborando para la realización del mismo y aportando con la información y actividades que se requieran.

Además autoriza al personal a cargo del proyecto para que utilice su información para la consecución de los objetivos propuestos.

Fecha.....

NOMBRE:

NÚMERO DE CÉDULA:

.....

FIRMA



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

Cuestionario Sociodemográfico y Laboral

Este cuestionario consta de una serie de ítems relativos a sus características, socioeconómicas y laborales. Su objetivo es recolectar datos para una investigación realizada por la Universidad Técnica Particular de Loja. Le agradeceríamos que nos diera su sincera opinión sobre TODAS las cuestiones que le planteamos. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesible a otras personas. Muchas gracias. Apreciamos muchísimo su ayuda.

Datos Personales

Género Masculino Femenino

Edad ____ años

Mencione la ciudad en la que trabaja actualmente.....

La zona en la que trabaja es: Urbana Rural

Etnia Mestizo Blanco Afro ecuatoriano Indígena

Estado Civil Soltero Casado Viudo Divorciado o separado Unión Libre

Número de Hijos: ____

Recibe su remuneración salarial: si no

La remuneración se encuentra entre:

0-1000 USD 1001-2000 USD 2001-3000 USD

3001-4000 USD 4001-5000 USD 5001-6000 USD

Datos Laborales

Profesión: Médico/a Especialidad de medicina en: _____

Enfermera

Años de experiencia profesional: _____

Tipo de trabajo: Tiempo completo Tiempo parcial

Sector en el que trabaja: Privado Público Ambos

Tipo de contrato que posee:

Eventual Ocasional Plazo Fijo Indefinido (Nombramiento)

Servicios profesionales Ninguno

Horas que trabaja Diariamente _____

Trabaja usted en turno SI No

Durante la jornada del trabajo que porcentaje dedica a la atención de pacientes:

Ninguno 25 % 25-50% 50-75% 75% o más

Número de pacientes aproximados que atiende diariamente: _____

Usted atiende a personas que tienen un alto riesgo de muerte: Sí No

La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.

Totalmente Medianamente Poco Nada

Marque la puntuación que crea más adecuada entre 1 y 4, considerando el valor 1 como "nada", 2 "poco", 3 "bastante" y 4 "totalmente valorado", de acuerdo a los enunciados que se presentan:

	1	2	3	4
¿Cuán valorado se siente por sus pacientes?				
¿Cuán valorado se siente por los familiares de los pacientes?				
¿Cuán valorado se siente por sus compañeros de profesión?				
¿Cuán valorado se siente por los directivos la institución?				

Marque la puntuación que crea más adecuada entre 1 y 4, considerando el valor 1 como "nada satisfecho", 2 "poco", 3 "bastante" y 4 "totalmente satisfecho", de acuerdo a los enunciados que se presentan:

	1	2	3	4
¿Está satisfecho con el trabajo que realiza?				
¿Está satisfecho en su interacción con los pacientes?				
¿Está satisfecho con el apoyo brindado por parte de los directivos de la institución?				
¿Está satisfecho con la colaboración entre compañeros de trabajo?				
¿Está satisfecho con la valoración global de su experiencia profesional?				
¿Está satisfecho está con su situación económica?				

Le recordamos la importancia de su información para usted y para su colectivo ocupacional. Sus respuestas únicas. MUCHAS GRACIAS por su tiempo y por haber contestado a todas las preguntas formuladas en el cuestionario.

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

CUESTIONARIO DE MBI

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Tiene que saber que no existen respuestas mejores o peores.

Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesible a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y su nivel de satisfacción.

A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento, poniendo una cruz en la casilla correspondiente al número que considere más adecuado.

Nunca	Alguna vez al año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Diariamente
0	1	2	3	4	5	6

	0	1	2	3	4	5	6
1. Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.							
2. Al final de la jornada me siento agotado.							
3. Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.							
4. Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.							
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.							
6. Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.							
7. Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.							
8. Me siento agobiado por el trabajo.							
9. Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.							
10. Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.							
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12. Me encuentro con mucha vitalidad.							
13. Me siento frustrado por mi trabajo.							
14. Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.							
15. Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.							
16. Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.							
17. Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.							
18. Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.							
19. He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.							
20. En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.							
21. Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.							
22. Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.							

Maslach, C. y Jackson, S.E. 1981; (1986). Seisdedos,(1997). Recuperado <http://www.semergen.es/semergen/microsites/manuales/burn/deteccion.pdf>

Anexo 2.3

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
Cuestionario (GHQ-28)

El objetivo del cuestionario es determinar si se han sufrido algunas molestias y cómo se ha estado de salud en las últimas semanas. Por favor, conteste a todas las preguntas, simplemente seleccionando las respuestas que, a su juicio, se acercan más a lo que siente o ha sentido. Recuerde que no se pretende conocer los problemas que ha tenido en el pasado, sino los recientes y actuales.

<p>A1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Mejor que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Peor que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho peor que lo habitual.</p>	<p>B1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>A2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un energizante?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>B2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de corrido toda la noche?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>A3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>B3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>A4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>B4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>

<p>A5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>B5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>A6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le iba a estallar?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>B6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>A7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>B7. ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar" constantemente?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>C1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Más activo que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho menos que lo habitual.</p>	<p>D1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>C2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Menos tiempo que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Más tiempo que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>D2. ¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanza?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>

<p>C3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?</p> <p><input type="checkbox"/>1. Mejor que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>2. Aproximadamente lo mismo.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Peor que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Mucho peor que lo habitual.</p>	<p>D3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?</p> <p><input type="checkbox"/>1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/>2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>C4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?</p> <p><input type="checkbox"/>1. Más satisfecho.</p> <p><input type="checkbox"/>2. Aproximadamente lo mismo.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Mucho menos satisfecho que lo habitual.</p>	<p>D4. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?</p> <p><input type="checkbox"/>1. Claramente, no.</p> <p><input type="checkbox"/>2. Me parece que no.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Se me ha pasado por la mente.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Claramente lo he pensado.</p>
<p>C5. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?</p> <p><input type="checkbox"/>1. Más útil que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Menos útil que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Mucho menos que lo habitual.</p>	<p>D5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?</p> <p><input type="checkbox"/>1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/>2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>C6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?</p> <p><input type="checkbox"/>1. Más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Mucho menos que lo habitual.</p>	<p>D6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?</p> <p><input type="checkbox"/>1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/>2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>C7. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?</p> <p><input type="checkbox"/>1. Más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Mucho menos que lo habitual.</p>	<p>D7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?</p> <p><input type="checkbox"/>1. Claramente, no.</p> <p><input type="checkbox"/>2. Me parece que no.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Se me ha pasado por la mente.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Claramente lo he pensado.</p>

Modificado de la versión original de Goldberg (1970). Versión Lobo y Cols (1981). Recuperado de [http://www.centrodesaluddebolillos.es/Centrodesalud/Enfermeria/Test%20e%20indices/Cuestionarios%20valoracion%20\(salud%20mental\)%20Test%20e%20indices.pdf](http://www.centrodesaluddebolillos.es/Centrodesalud/Enfermeria/Test%20e%20indices/Cuestionarios%20valoracion%20(salud%20mental)%20Test%20e%20indices.pdf)

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
Cuestionario BRIEF-COPE

Las siguientes afirmaciones se refieren a la manera que usted tiene de manejar los problemas. Indique si está utilizando las siguientes estrategias de afrontamiento señalando el número que corresponda a la respuesta más adecuada para usted, según los siguientes criterios:

0	1	2	3
No he estado haciendo esto en lo absoluto	He estado haciendo esto un poco	He estado haciendo esto bastante	He estado haciendo esto mucho

1. Me he estado centrando en el trabajo y otras actividades para apartar mi mente de cosas desagradables.	0	1	2	3
2. He estado concentrando mis esfuerzos en hacer algo acerca de la situación en la que estoy.	0	1	2	3
3. Me he estado diciendo a mí mismo "esto no es real".	0	1	2	3
4. He estado tomando alcohol u otras drogas para sentirme mejor.	0	1	2	3
5. He estado consiguiendo apoyo emocional de los demás.	0	1	2	3
6. He estado dejando de intentar hacerle frente.	0	1	2	3
7. He estado dando pasos para intentar mejorar la situación.	0	1	2	3
8. Me he estado negando a creer que esto ha sucedido.	0	1	2	3
9. He estado diciendo cosas para dejar salir mis sentimientos desagradables.	0	1	2	3
10. He estado recibiendo ayuda y consejo de otras personas.	0	1	2	3
11. He estado consumiendo alcohol u otras drogas para ayudarme a superarlo.	0	1	2	3
12. He estado intentando verlo desde otra perspectiva que lo haga parecer más positivo.	0	1	2	3
13. Me he estado criticando a mí mismo.	0	1	2	3
14. He estado intentando dar con alguna estrategia acerca de qué hacer.	0	1	2	3
15. He estado consiguiendo consuelo y comprensión de alguien.	0	1	2	3
16. He estado dejando de intentar afrontarlo.	0	1	2	3
17. He estado buscando algo bueno en lo que está pasando.	0	1	2	3
18. He estado haciendo bromas sobre ello.	0	1	2	3
19. He estado haciendo cosas para pensar menos en ello, como ir al cine, ver la televisión, leer, soñar despierto, dormir o ir de compras.	0	1	2	3
20. He estado aceptando la realidad del hecho de que ha ocurrido.	0	1	2	3
21. He estado expresando mis sentimientos negativos.	0	1	2	3
22. He estado intentando encontrar consuelo en mi religión o creencias espirituales.	0	1	2	3
23. He estado intentando conseguir consejo o ayuda de otros acerca de qué hacer.	0	1	2	3
24. He estado aprendiendo a vivir con ello.	0	1	2	3
25. He estado pensando mucho acerca de los pasos a seguir	0	1	2	3
26. Me he estado culpando a mí mismo por cosas que sucedieron.	0	1	2	3
27. He estado rezando o meditando.	0	1	2	3
28. He estado burlándome de la situación.	0	1	2	3

Modificado de la versión original BRIEF-COPE de Carver (1989). Versión adaptada y validada en la población española por Crespo y Cruzado (1997). López, J. (2005). Entrenamiento en manejo del estrés en cuidadores de familiares mayores dependientes: desarrollo y evaluación de la eficacia de un programa.401-402. Recuperado de <http://www.ucm.es/BUCM/tesis/psi/ucm-t28693.pdf>

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CUESTIONARIO DE AS

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que usted dispone:

1.- Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted? (personas con las que se siente a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre). Escriba el número de amigos íntimos _____ y familiares cercanos: _____

Generalmente buscamos a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda ¿Con qué frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? Señale el número que corresponda a la respuesta más adecuada para usted según los siguientes criterios:

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
1	2	3	4	5

	1	2	3	4	5
2. Alguien que le ayude cuando esté enfermo.					
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar.					
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas.					
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita.					
6. Alguien que le muestre amor y afecto.					
7. Alguien con quien pasar un buen rato.					
8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación.					
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones.					
10. Alguien que le abrace.					
11. Alguien con quien pueda relajarse.					
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo.					
13. Alguien cuyo consejo realmente desee.					
14. Alguien con quien hacer cosas que le ayuden a olvidar sus problemas.					
15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo.					
16. Alguien con quien compartir sus temores o problemas más íntimos.					
17. Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales.					
18. Alguien con quien divertirse.					
19. Alguien que comprenda sus problemas.					
20. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido.					

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CUESTIONARIO EPQR-A

Las siguientes preguntas se refieren a distintos modos de pensar y sentir. Lea cada pregunta y coloque una cruz bajo la palabra Si o la palabra No según sea su modo de pensar o sentir. No hay respuestas buenas o malas, todas sirven.

Descripción	Si	No
1. ¿Tiene con frecuencia subidas y bajadas de su estado de ánimo?		
2. ¿Es usted una persona comunicativa?		
3. ¿Lo pasaría muy mal si viese sufrir a un niño o a un animal?		
4. ¿Es usted una persona de carácter alegre?		
5. ¿Alguna vez ha deseado más ayudarse a sí mismo/a que compartir con otros?		
6. ¿Tomaría drogas que pudieran tener efectos desconocidos o peligrosos?		
7. ¿Ha acusado a alguien alguna vez de hacer algo sabiendo que la culpa era de usted?		
8. ¿Prefiere actuar a su modo en lugar de comportarse según las normas?		
9. ¿Se siente con frecuencia hart/a («hasta la coronilla»)?		
10. ¿Ha cogido alguna vez algo que perteneciese a otra persona (aunque sea un broche o un bolígrafo)?		
11. ¿Se considera una persona nerviosa?		
12. ¿Piensa que el matrimonio esta pasado de moda y que se debería suprimir?		
13. ¿Podría animar fácilmente una fiesta o reunión social aburrida?		
14. ¿Es usted una persona demasiado preocupada?		
15. ¿Tiende a mantenerse callado/o (o en un 2º plano) en las reuniones o encuentros sociales?		
16. ¿Cree que la gente dedica demasiado tiempo para asegurarse el futuro mediante ahorros o seguros?		
17. ¿Alguna vez ha hecho trampas en el juego?		
18. ¿Sufre usted de los nervios?		
19. ¿Se ha aprovechado alguna vez de otra persona?		
20. Cuando está con otras personas ¿es usted más bien callado/a?		
21. ¿Se siente muy solo/a con frecuencia?		
22. ¿Cree que es mejor seguir las normas de la sociedad que las suyas propias?		
23. ¿Las demás personas le consideran muy animado/a?		
24. ¿Pone en práctica siempre lo que dice?		